

リタリン登録医師申請書(様式-D2)

本申請書は、登録が拒絶された場合もしくは登録が取り消しとなった場合でも、返還されません。

個人情報の取扱いについては、リタリン流通管理委員会プライバシーポリシーをご参照下さい。

推薦医師の氏名	
推薦医師の登録施設名	
診療科名	
登録 No.	
推薦理由	

リタリン流通管理委員会 殿

私は、以下の医師をナルコレプシーの治療におけるリタリン登録医師として推薦いたします。

年 月 日 氏名：

印

(フリガナ) 登録申請医師氏名	()
(フリガナ) 上記医師の診療施設	()
診療科名	
(フリガナ) 診療施設の住所	〒 - ()
診療施設の電話番号	
登録申請医師の e-mail アドレス	
医籍登録番号	
所属学会	
ナルコレプシーの 診断・治療に関する情報	過去の診断・治療年数： (年) 過去の診断・治療症例数： (症例)

リタリン流通管理委員会 殿

リタリンの処方を行う医師としての登録を申請いたします。

本申請にあたり、私は、以下のことを誓約致します。

1. 上記記載の情報がいずれも真実且つ正確であること
2. 医事または薬事に関する法令若しくは官公庁の通知・告示等に違反したことがないこと
3. リタリンを適正に使用すること
4. リタリン流通管理委員会が求めた場合、診療記録を含め、リタリンの処方に関する情報提供を行うこと
5. その他リタリン流通管理基準を理解し、その規定に従うこと

また、私は、上記登録申請に関する情報及び登録取消しに関する情報が、登録医師及び登録医師を通じて患者へ、また、薬局及び調剤責任者へ提供されることに同意いたします。

年 月 日 氏名：

印

事務局記入欄：

承認日：	年 月 日
登録番号：	R -