

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された場合、個人情報の取扱いについては、リタリン流通管理委員会が

当委員会では、リタリンの承認条件を参照して、主に以下の観点から審査を行っております。
 ・ナルコレプシーの診断・治療に精通していること
 ・乱用防止に必要な薬物管理が行えること
 ・リタリンが適正に使用されること

推薦医師の氏名	赤坂 太郎
推薦医師の登録施設名	〇〇大学医学部附属病院
診療科名	精神科
登録 No.	S07-00000
推薦理由	推薦理由を必ずご記入ください

推薦を行う医師の「登録証明書」をご確認のうえ記入してください。

リタリン流通管理委員会 殿

必ず日付をご記入ください

推薦を行う医師の署名、または記名・捺印

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。

2008年 1月 15日 氏名： 赤坂 太郎

印

(フリガナ) 登録申請医師氏名	(ニシアザブ イチロウ 西麻布 一郎)
(フリガナ) 上記医師の診療施設	(〇〇ダイガクイガクブフゾクビョウイン 〇〇大学医学部附属病院)
診療科名	精神科
(フリガナ) 診療施設の住所	〒111-1111 (トウキョウトミナトク.....) 東京都港区.....
診療施設の電話番号	03-111-1111
登録申請医師の e-mail アドレス	Ichiroh.nishiazabu@.....com
医籍登録番号	111111
所属学会	日本睡眠学会
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： (5年) 過去の診断・治療症例数： (5症例)

判別しやすいようにご記入ください

リタリン流通管理委員会 殿

下記の文言を必ずお読みください。

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(診療記録等)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。

必ず日付をご記入ください

署名、または記名・捺印

2008年 1月 15日 氏名： 西麻布 一郎

印

事務局記入欄：

承認日：	年 月 日
登録番号：	R -