

リタリン登録医師 変更・削除申請書(様式-D3)

- ・本申請書は、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ご参照下さい。
- ・「登録番号」以下の欄については、変更後の事項又は削除される事項を記載して下さい。
- ・診療施設名の変更は、「名称変更」のみ当申請書を使用して下さい。登録施設の変更は、旧施設の削除と新施設の登録にて申請して下さい。

該当項目に ○印をつける	変更・削除申請書	年 月 日
	変更・削除の別	変更 ・ 削除
	登録番号	
	(フリガナ) 登録医師氏名	()
	(フリガナ) 診療施設名	()
	診療科名	
	(フリガナ) 診療施設の住所	〒 - ()
	診療施設の電話番号	
	登録医師の e-mail アドレス	
	医籍登録番号	
	認定医 or 専門医の別 及び取得日	<input type="checkbox"/> 日本精神神経学会・会員* (会員番号 第 号)
		<input type="checkbox"/> 日本臨床精神神経薬理学会・専門医 (取得: 年 月)
		<input type="checkbox"/> 日本睡眠学会・認定医 (取得: 年 月)
		<input type="checkbox"/> 日本神経学会・専門医 (取得: 年 月)
		<input type="checkbox"/> 日本小児神経学会・専門医 (取得: 年 月)

* 日本精神神経学会については、専門医制度発足以降は、専門医であることが条件になります。

リタリン流通管理委員会 殿

上記のとおり、登録事項の変更または削除の申請をいたします。

本申請にあたり、私は、リタリンの処方医師の登録申請にあたり誓約した事項に加えて、以下のことを誓約いたします。

1. 上記記載の情報が真実且つ正確であること

また、私は、本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 :	-