

記入見本

登録施設から異動・退職された場合は、この様式にて削除申請をお願いします (注)登録と異なる医療機関でリタリンをお使いになる場合、別途「様式-D1」をご用意ください

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
・「
・診
と新施設

異動や退職の場合は **削除**
氏名や住所等の変更は **変更**に
○印をつけて下さい →次頁参照

1 太枠内に登録情報をご記入ください

該当項目に○印をつける	変更・削除申請書	2010年 6月 10日
	変更・削除の別	変更 ・ 削除
	登録番号	X88-99999
	(フリガナ) 登録医師氏名	(ニシアザブ イチロウ 西麻布 一郎)
	(フリガナ) 診療施設名	(ダイイチ〇〇〇ピョウイン 第一〇〇〇病院)
	診療科名	精神神経科
	(フリガナ) 診療施設の住所	〒 000-0000 (トウキョウトチヨダク〇〇マチ 東京都千代田区〇〇町×-×-×)
	診療施設の電話番号	03-2222-2222
	登録医師の e-mail アドレス	ichiroh.nishiazabu@xxxx.jp
	医籍登録番号	111111
	認定医 or 専門医の別 及び有効期限	<input checked="" type="checkbox"/> 日本精神神経学会・専門医 (有効期限: 2011 年 3 月) <input checked="" type="checkbox"/> 日本臨床精神神経薬理学会・専門医 (有効期限: 2010 年 12 月) <input type="checkbox"/> 日本睡眠学会・認定医 (有効期限: 年 月) <input type="checkbox"/> 日本神経学会・専門医 (有効期限: 年 月) <input type="checkbox"/> 日本小児神経学会・専門医 (有効期限: 年 月)

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 **2** 正確

誓約事項をご確認のうえ、
署名・捺印・日付記入をお願いします

また、私は、本申請に関する情報及び登録取消しに関し、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。

西麻布 一郎

2010年 **6**月 **10**日

氏名:

印

事務局記入欄:

承認日:	年 月 日
登録番号:	-

記入見本

氏名の変更、医療機関名の改称※、移転による住所変更等の場合はこの様式にて変更申請をお願いします ※経営母体変更を除く

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 異動や退職の場合は **削除**
 ・氏名や住所等の変更は **変更**に
 ・○印をつけて下さい

1 太枠内に変更後の情報をご記入
 ください

と新施設へ登録して申請して下さい

該当項目に ○印をつける	変更・削除申請書	2010年 6月 10日
	変更・削除の別	変更 ・ 削除
	登録番号	X88-99999
	(フリガナ) 登録医師氏名	(ニシアザブ イチロウ 西麻布 一朗)
		ダイイチ〇〇〇ピョウイン 第一〇〇〇病院 精神神経科
	(フリガナ) 診療施設の住所	〒 000-0000 (トウキョウトチヨダク〇〇マチ 東京都千代田区〇〇町×-×-×)
	診療施設の電話番号	03-2222-2222
	登録医師の e-mail アドレス	ichiroh.nishiazabu@xxxx.jp
	医籍登録番号	111111
	認定医 or 専門医の別 及び有効期限	<input checked="" type="checkbox"/> 日本精神神経学会・専門医 (有効期限: 2011年 3 月) <input checked="" type="checkbox"/> 日本臨床精神神経薬理学会・専門医 (有効期限: 2010年12月) <input type="checkbox"/> 日本睡眠学会・認定医 (有効期限: 年 月) <input type="checkbox"/> 日本神経学会・専門医 (有効期限: 年 月) <input type="checkbox"/> 日本小児神経学会・専門医 (有効期限: 年 月)

変更する項目に○をつけて
下さい(記入例: 氏名変更)

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 **2** 誓約事項をご確認のうえ、
署名・捺印・日付記入をお願いします

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、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。

西麻布 一朗

2010年 6月 10日

氏名:

印

事務局記入欄:

承認日:	年 月 日
登録番号:	-