

リタリン登録薬局申請書(様式-P1)

改定:2011年7月7日

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。

申請日	年 月 日
(フリガナ) 登録申請薬局名	()
(フリガナ) 管理薬剤師氏名	()
(フリガナ) 薬局開設者氏名	()
(フリガナ) 薬局の住所	〒 - ()
薬局の電話番号	
薬局の F A X	
管理薬剤師の e-mail アドレス	
管理薬剤師の 薬剤師名簿登録番号	

リタリン流通管理委員会 殿

リタリンの調剤薬局及び調剤責任者としての登録を申請いたします。

本申請にあたり、当薬局及び管理薬剤師は、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. 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. リタリンを適正に管理し、調剤すること
4. リタリンを含む処方せんを受取った薬局は、処方医師が登録医療機関の登録医師であることを事務局に電話で確認すること
5. 処方医師が登録医療機関のリタリン登録医師でなかった場合は、調剤を断り、その旨をリタリン流通管理委員会に報告すること
6. リタリン流通管理委員会が求めた場合、調剤記録に関する情報提供を行うこと
7. 他の薬局または医療機関ないし医師にリタリンを譲渡・交付しないこと
8. 登録医師及び登録医療機関の情報を厳重に管理し、外部に流出させないよう必要な措置を講じること
9. 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、薬局開設者及び管理薬剤師は、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提供されることに同意いたします。

年 月 日 薬局開設者氏名 : 印

年 月 日 管理薬剤師氏名 : 印

事務局記入欄 :

承認日 :	年 月 日
登録番号 :	A -