

保険薬局様向け様式

リタリン登録薬局申請書(様式-P1)

院内薬局は様式P2をご利用下さい

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	2011年7月20日
(フリガナ) 登録申請薬局名	(ミナトチョウザイセッキョク 港調剤薬局)
(フリガナ) 管理薬剤師氏名	(アオヤマ イチロウ 青山 一郎)
(フリガナ) 薬局開設者氏名	(ミナト タロウ 港 太郎)
(フリガナ) 薬局の住所	〒111-1111 (トウキョウト ミナトク□□□マチ 東京都港区□□町△-△-△)
薬局の電話番号	03-1111-1111
薬局のFAX	03-1111-1112
管理薬剤師の e-mail アドレス	chozai@minato.x
管理薬剤師の 薬剤師名簿登録番号	8888888

登録可能なアドレスがある場合はご記入下さい(空白でも可)

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. **1~9の制約事項をよくお読み下さい。** いたことがないこと
3. **1~9の制約事項をよくお読み下さい。**
4. リタリンを名も処方せんと受取った薬局は、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

また、薬局開設者
医師及び登録医師

薬局開設者、管理薬剤師、お二方の同意につきまして、署名または記名・捺印と、日付の記入をお願いします。
(記名はスタンプ等でも可)

が、登録

2011年7月20日

薬局開設者氏名： 港 太郎



2011年7月20日

管理薬剤師氏名： 青山 一郎



事務局記入欄：

記入もれのないようご注意ください

日