

リタリン登録薬局申請書(様式-P1)

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	2007年 1月 15日
(フリガナ) 登録申請薬局名	( ミナトチョウザイヤッキョク ) 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..... ) 東京都港区.....
薬局の電話番号	03-111-1111
薬局のFAX	03-111-1112
管理薬剤師の e-mail アドレス	登録可能なアドレスがある場合はご記入ください

電話番号・FAX番号を必ずご記入ください

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、その旨を処方医師に連絡すること
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

本申請書に添付する情報は、上記登録申請に関する情報です。

必ず日付をご記入ください

必ず、「薬局開設者」と「管理薬剤師」の両方をお願いします

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。

2008年 1月 15日 薬局開設者氏名 : 港 太郎

印

2008年 1月 15日 管理薬剤師氏名 : 青山 一郎

印

事務局記入欄 :

承認日 :	年 月 日
登録番号 :	A -

署名、または記名・捺印