

リタリン登録調剤責任者申請書(様式-P2)

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) 登録医療機関名	()
(フリガナ) 登録医師氏名 <small>*全ての登録医師名をご記入ください</small>	()
(フリガナ) 登録申請調剤責任者氏名	()
(フリガナ) 登録医療機関の住所	〒 - ()
登録医療機関の 電話番号	
登録医療機関の F A X	
登録申請調剤責任者の e-mail アドレス	

リタリン流通管理委員会 殿

リタリンの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、私は、以下のことを誓約いたします。

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けた場合は、必ず所属医療機関の登録医師であることを確認した後、調剤すること。登録されていない医師からの処方せんの場合は受け付けないこと。また、その場合は処方医師に理由を説明すること
5. 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
6. 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
7. 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
8. 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、私は、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、登録医師へ提供されることに同意いたします。

年 月 日 調剤責任者氏名 :

印

事務局記入欄 :

承認日 :	年 月 日
登録番号 :	B -