

院内薬局様向け様式

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、返還された申請書は、個人情報取り扱いについては、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ください。

保険薬局は様式P1をご利用下さい

申請日	2011年7月20日
(フリガナ) 登録医療機関名	(○○○ダイガクフゾクビョウイン ○○大学附属病院)
(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>	(ミナト イチロウ アオヤマ ハナコ 港 一郎 青山 花子)
(フリガナ) 登録申請調剤責任者氏名	(ニシアザブ タロウ 西麻布 太郎)
(フリガナ) 登録医療機関の住所	〒111-1111 (トウキョウト ミナトク□□□マチ 東京都港区□□町△-△-△)
登録医療機関の 電話番号	03-1111-1111
登録医療機関のFAX	03-1111-1112
登録申請調剤責任者の e-mail アドレス	Yakuzai1@med.xx
登録申請調剤責任者の 薬剤師名簿登録番号	111111

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. 登録医師及び調剤責任者として活動すること
8. その他リタリンの適正な管理に努めること

1～8の誓約事項をよくお読みいただき、同意される場合は署名または記名と捺印、日付の記入をお願いします。
(記名はスタンプ等でも可)

また、私は、上記誓約事項に同意いたします。

ことに同意

2011年7月20日

調剤責任者氏名

西麻布太郎



事務局記入欄：

記入もれのないようご注意ください

日