

リタリン登録薬局 変更・削除申請書(様式-P3)

該当項目 に ○印をつ ける	変更・追加・削除申請書	年 月 日
	変更・削除の別	変更 ・ 削除
	登 録 番 号	
	(フリガナ) 登 録 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) 住 所	〒 - ()
	電 話 番 号	
	F A X	
	e-mail アドレス	

リタリン流通管理委員会 殿

上記のとおり、登録事項の変更または削除の申請いたします。

本申請にあたり、私は、リタリンの登録薬局の申請にあたり誓約した事項に加えて、以下のことを誓約いたします。

1. 上記記載の情報が真実且つ正確であること

また、私は、本申請に関する情報及び登録取消しに関する情報が、登録医師及び登録薬剤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