

保険薬局の変更または削除申請には、この様式ではなく様式-P3をお使い下さい

記入見本

この様式は **院内薬局用の様式**です。様式の相違や、記入もれがありますと受付が出来ませんので、もれなくご記入下さい

リタリン登録調剤責任者 変更・削除申請書(様式-P4)

該当項目に○印をつける	変更・追加・削除申請書	2009年 7月 1日
	変更・削除の別	変更・削除
	登録番号	B07-88888
	(フリガナ) 登録医療機関名	(○○ダイガクイガクブフゾクビョウイン) ○○大学医学部附属病院
変更する項目に○印をつけて下さい	(フリガナ) 登録医師氏名 <small>この登録医師名をご記入ください</small>	(ニシアザブ イチロウ、アオヤマ ハナコ) 西麻布 一郎、青山 花子
○	(フリガナ) 登録調剤責任者氏名	(ニシアザブ タロウ) 西麻布 太郎
	(フリガナ) 住所	〒111-1111 (トウキョウトミナトク.....) 東京都港区.....
	電話番号	03-1111-1111
	FAX	03-1111-1112
	e-mail アドレス	登録可能なアドレスがある場合はご記入下さい。

リタリン流通管理委員会 殿

「x月x日から変更」

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、リタリンの登録調剤責任者の申請にあたり誓約し
約いたします。

事前に申請する場合は余白に
このように但し書きをお願いします。

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、登録医師へ提供されることに同意いたします

2009年 7月 1日

調剤責任者氏名：

西麻布 太郎



必ず署名の日付をご記入下さい

署名、または記名・捺印