

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	年 月 日
	変更・削除の別	変更 ・ 削除
	登録番号	
	(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) 登録調剤責任者氏名	()
	(フリガナ) 住 所	〒 - ()
	電 話 番 号	
	F A X	
	e-mail アドレス	
	登録調剤責任者の 薬剤師名簿登録番号	

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、リタリンの登録調剤責任者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