

院内薬局様向け様式

保険薬局は様式P3をご利用下さい

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	2011 年 7 月 20 日
	変更・削除の別	変更 ・ 削除
	登録番号	B00-88888
	(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□□□マチ) 東京都港区□□町△-△-△
	電 話 番 号	03-1111-1111
	F A X	03-1111-1112
	e-mail アドレス	Yakuzai1@med.xx.jp
	登録調剤責任者の 薬剤師名簿登録番号	1 1 1 1 1 1

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 1.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、本申請書に同意いたします

に同意いたします

2011 年 7 月 20 日 調剤責任者氏名 西麻布太郎

記入もれのないようご注意ください