

追加・変更・削除

ジオン注使用医療機関（施設）・登録用紙

ジオン注は、使用される医療機関（施設）を事前に登録していただく必要があります。登録された医療機関以外へは納品することができません。

下記に、使用される医療機関名（科名）、ご芳名、ご住所、電話番号等をご記入ください。
なお、ご記入いただいた個人情報については、ジオン注受注時の受講証交付医師の在籍確認および、医薬品の品質、安全性・有効性、適正使用に関する情報の提供・収集・伝達に限って使用させていただきます。

また、当社は法令等を遵守の上、適正にこれを保管するとともに、ご本人の同意なく第三者へは提供いたしません。

ジェイドルフ製薬株式会社

届出年月日	平成 年 月 日			
届出項目	※該当する事項に○印をつけてください。 1. 追加 2. 変更 3. 削除			
フリガナ				
ご芳名				
現在の登録施設名				
追加（変更後） 登録施設情報	施設名		診療科	
	住所	〒		
	電話番号	—	—	
	Fax 番号	—	—	
	勤務形態	常勤 ・ 非常勤		

【登録申込・問合せ先】

ジェイドルフ製薬株式会社

営業本部 ジオン部 「ジオン使用医療機関登録 係」

〒571-0030 大阪府門真市末広町 31-8 サンコオア第3ビル6階

TEL : 06-7507-2192 Fax : 06-6907-3845