

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。以下に、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	西暦			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						
<u>現在の登録施設名</u>						
<u>追加（変更後）</u> 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				
<u>「現在の登録施設」</u> の在籍状況	在籍（常勤 ・ 非常勤） ・ 休職 ・ 退職					

※登録完了の通知を希望される場合は、次の□内に、✓印と返信Fax番号をご記入ください。

登録完了通知を希望する

登録完了通知先 Fax 番号	—	
-------------------	---	--

【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」
〒571-0081 大阪府守口市日吉町 2-5-15
TEL : 06-7507-2192 Fax : 06-7507-2528