

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

サリドマイド製剤 ( サレド<sup>®</sup>カプセル ) 不要薬受領書

施設名	
	責任薬剤師登録番号 <input type="text"/>
不要薬返却者	患者本人 薬剤管理者 患者登録番号 <input type="text"/>
不要薬受領日	年 月 日
不要薬数量	Cap
不要となった理由	本剤服用中止 その他 ( )
藤本製薬 MR 不要薬受領者	
藤本製薬 MR 不要薬受領日	年 月 日

藤本製薬株式会社  
TERMS 管理センター あて

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤 ( サレド<sup>®</sup>カプセル ) 紛失等の届出書

下記サリドマイド製剤の紛失等につき届出します。

届出者	責任薬剤師登録番号 <input type="text"/> 特約店責任薬剤師登録番号 <input type="text"/>
施設名	
紛失者	医療機関関係者                      特約店関係者  患者又は患者関係者  患者登録番号 <input type="text"/>
紛失日	年 月 日
紛失数	Cap
紛失状況	

注) 本様式の記載後は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センター (0120-007-121) へ FAX してください。

原本は後日 MR が回収いたします。

この書類が誤送信されてきた場合はお手数をお掛けしますが速やかに破棄してください。

