藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター あて

様式 19-C

登録情報変更申請書（その他）

申請日：　　年　　月　　日

申請者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設名又は社名及び事業所名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者登録番号

☐ 処方医師登録番号

※　変更対象者が患者の場合は、処方医師が申請者となり登録情報変更申請書（患者）（様式 19-B）を用いて藤本製薬株式会社へ FAX 等（FAX#、タブレット端末による画像送信、郵送又は MR による搬送）にて変更申請を行ってください。#（FAX 番号 0120-007-121）

☐ 責任薬剤師登録番号

☐ 特約店責任薬剤師登録番号

登録情報を以下のとおり変更してください。

【 変更内容 】

※　この用紙は藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ FAX 等（FAX#、タブレット端末による画像送信、郵送又は MR による搬送）により提出してください。#（FAX 番号 0120-007-121）
※　原本は医療機関で保存してください。
※　登録変更完了後に、藤本製薬株式会社より「登録情報変更通知書（その他）」（様式 20-C）をお送りします。