

サリドマイド使用登録システム（SMUD）利用申請書

【血液】

NPO 日本医薬品安全性研究ユニット（SMUD 事務局） 久保田潔 殿

種別： **新規** **責任者の変更** (いずれかに○をして下さい)

本診療科において、以下の者を SMUD（血液）責任者として SMUD を利用します。

申請年月日：20 年 月 日

医療機関名：

所属部署名(診療科)：

〒

住所：

所属先電話番号：

FAX 番号：

連絡先メールアドレス：

@

連絡先メールアドレス(確認用)：

@

SMUD(血液)責任者(自署)：

SMUD 責任者の SMUD ユーザー名※：()

※責任者が新規ユーザーの場合は、別途「SMUD利用者のID申請書」でユーザーIDを申し込んでください

本申請書を郵送または FAX して下さい。

事務局で受け付けした後、「受付完了のお知らせ」を郵送します。

SMUD のご利用に際しては下記への同意が必要です。ご同意いただける場合は口欄にチェックをお願いします。

【個人情報の取扱いについて】

- ご記入いただいた住所・氏名・電話番号・メールアドレス等の個人情報は、SMUD の利用登録、SMUD 事務局からの重要なお知らせおよび利用者本人からのお問い合わせへの対応にのみ利用します。
- 取得した個人情報は、あらかじめ利用者本人の同意を得ないで第三者に提供することはありません。
- 取得した個人情報に関しての、利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加又は削除、利用の停止、消去および第三者への提供の停止の請求については、NPO 日本医薬品安全性研究ユニット 個人情報保護方針(<http://dsrujp.org/privacypolicy.html>)に定める手順により対応します。

[個人情報保護管理者:久保田潔]

【個人情報の取扱いについて】に同意し、利用申請します

SMUD 事務局(日本医薬品安全性研究ユニット内)

〒113-0034 東京都文京区湯島 1-2-13-4F

FAX:03-3256-9171