

リスティーゴ[®] 患者登録申請書

新規患者登録時は枠内の項目 (□) にチェックを入れ、下線部をご記入ください。

医療機関名	_____		
医師氏名	_____	申請日	____年 ____月 ____日
医師メールアドレス	_____		
ご提供頂きました個人情報は、弊社の個人情報保護方針 (https://www.ucbjapan.com/privacy-policy) に基づき安全かつ適切に管理いたします。何卒、ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。			
<input type="checkbox"/> 患者登録申請の管理のため、氏名・所属医療機関・メールアドレスの情報をユーシービージャパン株式会社流通管理センターが利用することに同意する。			

【ユーシービージャパン株式会社使用欄】

HCP ID _____

担当MR社員ID _____

登録番号 (患者コード) _____

【送付先】 ユーシービージャパン株式会社流通管理センター

FAX : 0120-369-045

Mail : ucb_ryutsu@eppharmaline.co.jp