

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。

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