

# リスティーゴ<sup>®</sup> 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