

ご記入日

年 月 日

お申込 兼 同意書

この度は、株式会社リテラブーストの『薬歴添削サービス』をご利用頂き誠に有難うございます。

下記、ご注意事項をお読みの上、ご同意頂けましたら下記へシ点および、
申込記入欄にご記入およびご捺印の上、お送りください。

(注意事項へご同意の記入がない場合、せっかく薬歴をお送り頂いてもサービス提供を致しかねますのでご注意ください)

ご依頼人（法人もしくは個人）名 ※領収証お宛名が異なる場合は備考へご記入下さい	(印)	(備考があればお書きください)
ご住所（社判可） ※ご請求書送付先が異なる場合は備考へご記入下さい		
ご連絡先 Tel		
ご連絡先 Mail		
お申込み件数（薬歴件数）		

ご注意事項

下記 注意事項へ同意し申込みする (シ点ご記入ください)

- 個人情報に該当する部分は、お客様の方で除外して頂きますようお願い致します（マーカーを引く、切り取るなど）。万が一、弊社が個人情報及びそれに付随する特定の情報を意図せず入手した場合でも、これを弊社が扱う事はございません。加えて、知り得た個人情報について、弊社は一切責任を負わないものとします。
- お送り頂く薬歴は、レセコンから抽出したもので構いませんが紙薬歴の場合、薬歴原本をお送り頂く事はお控え下さい。抽出される場合は処方内容も分かる状態で印刷してください。
- 薬歴は継続的な記録と評価が求められる事から、お送り頂く部分は単発的ではなく、2～3回分連続したものををご用意ください。初回分からでなくて構いません。
- 全ての薬歴において頭書も一緒にご用意ください。無しでもお受けできる場合はございますが、極端に添削に必要な情報量が少ないと添削自体が困難な場合がございます。その際は「添削不可能」とせざるを得ませんので予めご了承ください。
- お送り頂いた書類は基本的にすべてお返し致します。
- 当サービスは、各薬剤師会や各医療関連機関およびその他の認定ならびに行政指導等に関する許可を受けているものではありません。添削部がなかったからといって指導対象にはならないという保証をするものではないという事をご理解の上、ご利用ください。
- 当サービスを提供する添削スタッフは、調剤薬局立上げ経験数に長け、保険薬剤師の薬歴教育管理経験を積み、実際に個別指導を受けた実績もある薬剤師がおこないます。（一般社団法人 全国医療教育協議会 認定講師 第15PR1100100）
- 当サービスの意図するところは、意味のある薬歴に基づき服薬指導およびその記録を行うことで、患者様と薬剤師スタッフ双方の理解力および分析力が向上する事を願い、提供するものです。
- 当サービスにより得た見解を根拠や資料として、支払基金や薬剤師会など各医療関連機関等へ添削後の資料提供および照会することはお控え下さい。これに該当する内容の照会および問合せ、ならびに責任追及において弊社は関与致しませんのでご了承ください。

株式会社リテラブースト

〒213-0001

神奈川県川崎市高津区溝口 6-12-13

Tel/Fax 044-455-6393