

保険薬局のCPMS登録及び研修要請書

提出先：クロザリル適正使用委員会

当保険薬局は、登録要請時までに保険薬局の登録要件1及び要件2を満たす意思があるため、当保険薬局の医療従事者に対する研修を要請します。

要請日： 年 月 日

【要請保険薬局】

(ふりがな)

保険薬局名： _____

所在地：(〒 -) _____

<要件1>

- 1) インターネットが使えること[eCPMS(Web site)にアクセス可能である]
- 2) 処方元の医療機関を連携医療機関として併せて登録できる
- 3) 処方元の医療機関はCPMS登録医療機関またはCPMS登録通院医療機関(登録要請中の医療機関でも可)である

<要件2>

- 4) クロザリル管理薬剤師を2名以上有する
- 5) ケーススタディーを実施できる
- 6) CPMS運用手順を遵守することを約束する

【保険薬局の長の署名または記名・捺印】

(ふりがな)

氏名： _____ 印

連絡先： 電話： _____

FAX： _____

E-mail： _____

【処方箋を発行する医療機関の署名または記名・捺印】

医療機関名： _____

精神科長または精神科医師の氏名： _____ 印

以 上