

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、下記の通り、保険薬局の登録要件1を満たすこと及び要件2を満たす意思を表明した上で、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＞ 以下の要件を満たすことを確認の上、にチェックを入れてください。

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) Yes 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 Yes 処方元の医療機関はCPMS登録医療機関または登録要請中の医療機関である Yes

＜要件2＞ 以下の要件を予定できることを確認の上、にチェックを入れてください。

クロザリル管理薬剤師を2名以上有する Yes ケーススタディーを実施している Yes CPMS運用手順を遵守することを約束する Yes

【保険薬局の長の署名】

(ふりがな)

氏名： _____

印

連絡先： 電話： _____

FAX： _____

E-mail： _____

以 上