

医療機関のCPMS登録に関する研修要請書

提出先：クロザリル適正使用委員会

当医療機関は、**様式2**の通り、医療機関の登録要件1を満たすこと及び要件2を満たす意思を表明し、当医療機関の医療従事者に対する研修を要請します。

要請日： 年 月 日

【要請医療機関】

(ふりがな)

医療機関名： _____

所在地：(〒 -) _____

【精神科の長の署名】

(ふりがな)

氏 名： _____ 印

連絡先： 電話： _____

FAX： _____

E-mail： _____

以 上