

医療機関のCPMS登録要件確認書 [2 / 2]

当医療機関において、CPMS登録を予定する医師、薬剤師などの氏名は以下の通りです。

(ふりがな)

医療機関名： _____

確認日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

1) CPMS登録医の登録を予定する方(2名以上)

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

2) クロザリル管理薬剤師の登録を予定する方(2名以上)

クロザリル管理薬剤師とCPMSコーディネータ業務担当者を兼任される場合は、こちらにご記入ください。

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

3) CPMSコーディネータ業務担当者の登録を予定する方(2名以上)

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

※記入欄が足りない場合は、本様式を適宜コピーしてご記入ください。

(_____ 枚目 / _____ 枚中)