

提出先：クロザリル適正使用委員会事務局

FAX：050-3730-4207

## 保険薬局におけるクロザリル取扱いの手順書改訂記録

CPMS 登録要請に際して作成した取扱いの手順書について、以下の変更を行う。

### 【保険薬局情報】

クロザリル管理薬剤師（変更前）	
氏名	連絡先



### 【保険薬局情報】

クロザリル管理薬剤師（変更後）	
氏名	連絡先

年 月 日

保険薬局名

\_\_\_\_\_

確認書（署名）

\_\_\_\_\_

※ 本書類の「原本」は施設で保管し、「写(コピー)」をクロザリル適正使用委員会へご提出ください。

# 保険薬局におけるクロザリル取扱い の手順書改訂記録

CPMS登録要請時に作成したクロザリル取扱い手順書の変更を申請する書類です。

保険薬局におけるクロザリル取扱いの手順書改訂記録

変更前後の担当者名をご記載ください。  
変更前に関しては、不明の場合は空欄でも問題ございません。

CPMS登録要請に際して作成した取扱いの手順書について、以下の変更を行う。

【保険薬局情報】

クロザリル管理薬剤師（変更前）	
氏名	連絡先
黒座 薬男	03-1234-5678

【保険薬局情報】

クロザリル管理薬剤師（変更後）	
氏名	連絡先
黒座 りる	03-1234-5678

確認者は「署名」もしくは「記名押印」をお願いします。

2023年 7月 1日

保険薬局名

ノバ薬局 本店

確認書（署名）

黒座 りる

※ 本書類の「原本」は施設で保管し、「写(コピー)」をクロザリル適正使用委員会へご提出ください。