

医療機関のCPMS登録要請及び誓約書

提出先：クロザリル適正使用委員会

当医療機関は、別紙（様式10または様式10-2）の通り、医療機関の要件を満たしておりますので、登録承認後の医療機関名公開を承諾し、CPMS登録を要請します。当医療機関は、要請に先立ち、CPMS運用手順を理解し遵守して運用・管理することを誓約し、また誓約内容を違えた場合には、クロザリル適正使用委員会の裁定に従うことを併せて誓約いたします。

要請日： 年 月 日

【登録要請医療機関】

（ふりがな）

医療機関名：

所在地：（〒 - ）

電話：

【医療機関の長の署名または記名・捺印】

（ふりがな）

氏名：

印

【精神科の長の署名または記名・捺印】

（ふりがな）

氏名：

印

電話：

E-mail：