

①CPMS登録医療機関(保険薬局)を退職 またはCPMS未登録医療機関へ異動する場合

CPMS登録医療機関を退職またはCPMS未登録医療機関へ異動する場合は、**様式8**で**CPMS登録削除**の手続きが必要です。

本人が記入する場合は施設名のみ記入
本人不在の場合は代理者が記入

※代理者が記入する場合
必ずしもCPMS登録医療従事者である必要はありませんが、**所属科**
or **役職** (例：精神科、薬剤部長、事務長、秘書) と**氏名**を記入

CPMS登録内容を記入

※役割、氏名、所属する科、担当、医療機関名は必須

退職の場合はblank
異動の場合はわかる範囲で記入

◆注意 1◆

登録の取消後に再登録を希望する場合、以下をご参照下さい。

③同一のCPMS登録医療機関(保険薬局)で再登録する場合

④他のCPMS登録医療機関(保険薬局)で再登録する場合

クロザリル講習の再受講は必要ありません。

◆注意 2◆

退職・異動者が多数の場合、様式8の必要項目を一覧表にして別添し、提出することも可能です。詳細はクロザリル適正使用委員会事務局にお問合せ下さい。

CPMS 登録変更要請書

提出先：クロザリル適正使用委員会

CPMS 登録内容の変更を要請します。

要請日：2016年 8 月 1 日 変更希望日：2016年 8 月 15 日

変更内容を把握したら、速やかに要請してください。本人が退職等により不在の場合は、代理の方がご記入ください。

施設名： 精神科 代理記入者名： 日本 太郎

【要請内容】

登録の削除 / 登録内容の変更 / 登録医療機関の追加* / その他**

【理 由】

異動のため / 退職のため / その他()

【現在の登録内容】

CPMS 登録医 / クロザリル管理薬剤師 / CPMS コーディネート業務担当者

クロザリル管理薬剤師兼 CPMS コーディネート業務担当者 / その他()**

(ふりがな) とうきょう はなこ

氏 名： 東京 花子 所属する科, 担当： 精神科

(ふりがな) のぼるていすびょういん

医療機関(保険薬局)名： ノバルティス病院

連絡先： 電話： _____ FAX： _____

E-mail： _____

【登録変更後】 ※変更箇所のみご記入ください。

CPMS 登録医 / クロザリル管理薬剤師 / CPMS コーディネート業務担当者

クロザリル管理薬剤師兼 CPMS コーディネート業務担当者 / その他()**

(ふりがな)

氏 名： _____ 所属する科, 担当： _____

(ふりがな)

医療機関(保険薬局)名： _____

連絡先： 電話： _____ FAX： _____

E-mail： _____

* 医療従事者が他の複数の医療機関へ登録する場合にご記入ください。

** 医療機関(保険薬局)の長、精神科の長、血液内科医または糖尿病内科医(連携する他の医療機関の医師を含む)、連携する他の医療機関の精神科医等の変更要請の場合にご記入ください。