

⑪ CPMS登録医療機関(保険薬局)の 登録を削除する場合

医療機関、保険薬局のCPMS登録を削除する場合は、**様式8**で**登録の削除**の手続きが必要です。本手続きをもって当該施設における医療従事者全員のCPMS登録を削除します。

要請者の所属科または役職、要請者名を記入

※要請者は**医療機関の長**または**精神科の長**が望ましい

【要請内容】は「登録の削除」を選択
【理由】は「その他」を選択し、医療機関のCPMS
登録を削除する旨のコメントを記入

◆注意◆

医療従事者が登録の削除後に他のCPMS登録医療機関にて再登録を希望する場合、④他のCPMS登録医療機関(保険薬局)で再登録する場合をご参照下さい。
クロザリル講習の再受講は必要ありません。

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(**医療機関の登録削除**)

【現在の登録内容】

CPMS 登録医 / クロザリル管理薬剤師 / CPMSコーディネータ業務担当者
 クロザリル管理薬剤師兼 CPMSコーディネータ業務担当者 / 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: _____

【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コーディネータ業務担当者
 クロザリル管理薬剤師兼 CPMSコーディネータ業務担当者 / 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。