

## ⑩ 院外連携における連携先医療機関の登録情報を変更する場合

院外連携における、連携先医療機関の名称や住所が変更になる場合は、**様式 8** で登録内容の変更手続きが必要です。

### 代理者が記入

※必ずしもCPMS登録医療従事者である必要はありませんが、**施設名、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

【要請内容】は「登録内容の変更」を選択  
【理由】は「その他」を選択し変更内容を記入

### 【現在の登録内容】を記入

※住所の変更の場合は「その他」に記載

### 【登録変更後】の内容を記入

※住所の変更の場合は「その他」に記載

## 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： クロザリル病院 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( 連携先医療機関名の変更 )

#### 【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)

◎◎ほうじん のばるていすびょういん

医療機関(保険薬局)名: ◎◎法人 ノバルティス病院

連絡先: 電話: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

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)

●●ほうじん のばるていすふあーまびょういん

医療機関(保険薬局)名: ●●法人 ノバルティスファーマ病院

連絡先: 電話: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

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。