

②他のCPMS登録医療機関(保険薬局)へ 異動する場合

他のCPMS登録医療機関へ異動する場合は、**様式8と様式7(*)**で**登録内容の変更**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

異動前の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

異動先医療機関の情報を記入

併せて**様式7(様式15)**の提出も必要(*)

※CPMSコーディネーター業務担当者からCPMS登録医へ変更する場合は、様式7(7-1にチェック)に加えてその他必要書類を添付してください。クロザリル適正使用委員会の審議後に登録が確定します。
※保険薬局のクロザリル管理薬剤師は様式7の代わりに様式15が必要です。

* 2015年に様式7、様式15が改訂され、様式7-1～7-4は様式7として1書式に統合されました。改訂後の様式7、様式15(現在の様式)でCPMS登録要請を行った場合、登録変更の際の様式7、様式15のご提出は、医療機関から保険薬局(またはその逆)への移動を伴う場合を除き、不要です。

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コーディネーター業務担当者

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

クロザリル管理薬剤師兼 CPMSコーディネーター業務担当者 / 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) **くるざりるびょういん**

医療機関(保険薬局)名： **クロザリル病院**

連絡先： 電話： **01-2345-6789** FAX： **98-7654-3210**

E-mail： **hanako@clozaril.com**

* 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。