

③同一のCPMS登録医療機関(保険薬局)で再登録する場合

登録の削除をした医療従事者が同一のCPMS登録医療機関で再登録する場合は、**様式8**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

【要請内容】は「登録内容の変更」を選択
【理由】は「その他」を選択しコメントを記入

【現在の登録内容】は空欄

再登録する医療機関の情報を記入

◆注意◆

復職などにより同一のCPMS医療機関で再登録する場合は様式7は必要ありませんが、他のCPMS登録医療機関に異動し再登録する場合は様式7(保険薬局のクロナリル管理薬剤師の場合は様式15)も必要です(*)。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ください。

* 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：クロナ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(産休からの復職のため)

【現在の登録内容】

CPMS 登録医 / クロナリル管理薬剤師 / CPMSコーディネータ業務担当者
 クロナリル管理薬剤師兼 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 / クロナリル管理薬剤師 / CPMSコーディネータ業務担当者
 クロナリル管理薬剤師兼 CPMSコーディネータ業務担当者 / その他()**

(ふりがな)

氏 名： とうきょう はなこ 所属する科, 担当： 精神科

(ふりがな)

医療機関(保険薬局)名： のばるていすびょういん
ノバルティス病院

連絡先： 電話： 12-3456-7890 FAX： 09-8765-4321

E-mail： hanako@nova.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。