様式 8

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：　　年　　月　　日　　変更希望日：　　年　　月　　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：　　代理記入者名：

【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）
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，血液内科医等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。