

医療機関のCPMS登録要請及び誓約書

提出先：クロザリル適正使用委員会

当医療機関は、別紙（様式10または様式10-2）の通り、医療機関の要件を満たしておりますので、登録承認後の医療機関名公開を承諾し、CPMS登録を要請します。当医療機関は、要請に先立ち、CPMS運用手順を理解し遵守して運用・管理することを誓約し、また誓約内容を違えた場合には、クロザリル適正使用委員会の裁定に従うことを併せて誓約いたします。

要請日： 年 月 日

【登録要請医療機関】

（ふりがな）

医療機関名： _____

所在地：（〒 - ） _____

電話： _____

FAX： _____

【医療機関の長の署名または記名・捺印】

（ふりがな）

氏名： _____

印

【精神科の長の署名または記名・捺印】

（ふりがな）

氏名： _____

印

電話： _____

FAX： _____

E-mail： _____

【様式9】 医療機関のCPMS登録要請及び誓約書

CPMS登録を希望する医療機関がCPMS運用手順を遵守することを誓約し、CPMSへの登録を要請するための書類です。

CPMS登録要請日を記載

※ 要請日はCPMS登録申請書類提出日をご記載ください。

提出先：クロザリル適正使用委員会

当医療機関は、別紙(様式10または様式10-2)の通り、医療機関の要件を満たしておりますので、登録承認後の医療機関名公開を承諾し、CPMS登録を要請します。当医療機関は、要請に先立ち、CPMS運用手順を理解し遵守して運用・管理することを誓約し、また誓約内容を違えた場合には、クロザリル適正使用委員会の裁定に従うことを併せて誓約いたします。

要請日：2022年 9月 30日

医療機関名等を記載

※ 本書類に記載された情報にてCPMSに登録されます。

【登録要請医療機関】

(ふりがな) のぼるていすびょういん
医療機関名：ノバルティス病院

所在地：(〒 105-6333) 東京都港区虎ノ門1丁目2番100号

電話：03-2345-9876

FAX：03-7654-3210

医療機関の長が署名または記名・捺印

※ ふりがなもご記載ください。

【医療機関の長の署名または記名・捺印】

(ふりがな) とうきょう はなこ
氏名：東京 花子



精神科の長が署名または記名・捺印

※ ふりがなもご記載ください。

電話・FAX・E-mailアドレスを記載

※ 電話・FAX・E-mailアドレスは個人のもの以外に、施設の代表番号等の共有のものでも構いません。

※ CPMS登録後にCPMSセンターからの連絡先になるため、精神科の長のE-mailアドレスを必ずご記載ください。

【精神科の長の署名または記名・捺印】

(ふりがな) くらざ りる
氏名：黒座 理瑠



電話：03-2345-9876

FAX：03-7654-3210

E-mail：jiro@nova.com