

保険薬局のCPMS登録及び研修要請書

提出先：クロザリル適正使用委員会

当保険薬局は、登録要請時までに保険薬局の登録要件1及び要件2を満たす意思があるため、当保険薬局の医療従事者に対する研修を要請します。

要請日： 年 月 日

【要請保険薬局】

(ふりがな)

保険薬局名： _____

所在地：(〒 -) _____

<要件1>

- 1) インターネットが使えること[eCPMS(Web site)にアクセス可能である]
- 2) 処方元の医療機関を連携医療機関として併せて登録できる
- 3) 処方元の医療機関はCPMS登録医療機関またはCPMS登録通院医療機関(登録要請中の医療機関でも可)である

<要件2>

- 4) クロザリル管理薬剤師を2名以上有する
- 5) 取扱い手順書を作成する
- 6) CPMS運用手順を遵守することを約束する

【保険薬局の長の署名または記名・捺印】

(ふりがな)

氏名： _____

印

連絡先： 電話： _____

FAX： _____

E-mail： _____

【処方箋を発行する医療機関の署名または記名・捺印】

医療機関名： _____

精神科長または精神科医師の氏名： _____

印

以上

【様式14】 保険薬局のCPMS登録及び研修要請書

保険薬局としてCPMSへの登録を希望する場合に保険薬局の登録要件1及び要件2を満たす意思を表明し、クロザリルWeb講習受講を要請する書類です。

保険薬局名を記載

- ※ 店舗名までご記載ください。
- ※ ふりがなもご記載ください。

保険薬局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。
- ※ 記載されたE-mailアドレスにクロザリルWeb講習受講の案内が送付されます。

処方箋を発行するCPMS登録医療機関の精神科の長または精神科医師が署名または記名・捺印

◆注意◆

クロザリルWeb講習受講要請時に登録要件をすべて満たしている必要はありませんが、登録申請時には様式16「保険薬局のCPMS登録要請及び誓約書」にて登録要件を満たしていることを確認します。

保険薬局のCPMS登録及び研修要請書

提出先：クロザリル適正使用委員会

当保険薬局は、登録要請時までには保険薬局の登録要件1及び要件2を満たす意思があるため、当保険薬局の医療従事者に対する研修を要請します。

要請日：2022年 5月 6日

【要請保険薬局】

(ふりがな) のばるていすやっきょく とらのもんでん
保険薬局名： ノバルティス薬局 虎ノ門店

所在地：(〒 105- 6333) 東京都港区虎ノ門1丁目23番1号

<要件1>

- 1) インターネットが使えること[eCPMS(Web site)にアクセス可能である]
- 2) 処方元の医療機関を連携医療機関として併せて登録できる
- 3) 処方元の医療機関はCPMS登録医療機関またはCPMS登録通院医療機関(登録要請中の医療機関でも可)である

<要件2>

- 4) クロザリル管理薬剤師を2名以上有する
- 5) 取扱い手順書を作成する
- 6) CPMS運用手順を遵守することを約束する

【保険薬局の長の署名または記名・捺印】

(ふりがな) のば たろう (野場)
氏名： 野場 太郎

連絡先： 電話： 03-1234-5555 FAX： 03-2345-6666
E-mail： nova@pharma.com

【処方箋を発行する医療機関の署名または記名・捺印】

(ふりがな) のばるていすびょういん
医療機関名： ノバルティス病院

精神科長または精神科医師の氏名： くらざ りる (黒座) 黒座 理留