保険薬局の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

当保険薬局は、下記の通り、保険薬局の要件を満たしておりますので、CPMS登録を要請します。当保険薬局は、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 (ふりが 保険薬局	な))	j]						
所在地:	(〒	_)					
イン/ 処方 処方 <要件 クロ・ 取扱	ターネッ 万元の 万元の そと ザリル・ がい手り	小が使え 医療機 医療機 でも可)て 以下の要 算書を作	ること はCP ある 件を が が した	[eCPMS(態医療機関 MS登録图 予定できる 2名以上有	(Web site) 引として併せ 医療機関また うことを確 記 する	にアクセン て登録で こはCPM ** の上, □	きる S登録通院医療材	機関(登録要記 こてください。	Yes
当保険	薬局に	t, CPI	MS週	国用手順	を遵守す	ることな	を誓約し, CPI	MSの登録	を要請します。
	を受	領する	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-m	ail:							
当医療体 を了承し			してク	'ロザリ/	しを服薬し	している	患者の情報を	EeCPMSI	こて確認すること
【 処方箋 (ふりが 医療機関	な)	行する	医療	幾関の精	青神科の長	その署名	または記名・	捺印】	
(ふりがな) 氏 名:						印			DJ. F

【様式16】 保険薬局のCPMS登録要請及び誓約書

CPMS登録を希望する保険薬局が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。

保険薬局名を記載

- ※ 本書類に記載の名称にてCPMSに登録されます。
- ※ ふりがなもご記載ください。

要件1及び要件2のすべての該当項目のチェックを確認したうえで、保 険薬局の長が署名または記名・捺印

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、保険薬局の長のE-mailアドレスは必ずご記載ください。

処方元医療機関の精神科長が署名または記名・捺印

様式 16

保険薬局の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

当保険薬局は、下記の通り、保険薬局の要件を満たしておりますので、CPMS登録を要請します。当保険薬局は、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 5月 6日

【登録要請保险薬局】

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

math: (〒105-6333) 東京都港区虎/門1丁目23番1号

〈要件1〉以下の要件を満たすことを確認の上、□にチェックを入れてください。 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] Yes ✔ 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 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 Yes ✔ 〈要件2〉以下の要件を予定できることを確認のト □にて これてください。 クロザリル等理事件 これは 1 までは、 Yes ✔ 収扱い手順書を作成した CPMS運用手順を遵守することを約束する

当保険薬局は、CPMS運用手順を遵守することを誓約し、CPMSの登録を要請します。

【処方箋を受領する保険薬局の長の署名または記名・捺印】

(**)がな) のば たろう 氏名: 野場 太郎

連絡先: 電話: 03-1234-5678 FAX: 03-5678-1234

E-mail: nova@pharma.com

当医療機関に通院してクロザリルを服薬している患者の情報をeCPMSにて確認することを了承します。

【処方箋を発行する医療機関の精神科の長の署名または記名・捺印】

(ふ)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

(ふりがな) くろざ りる 氏名: 黒座 理瑠

