

1. CPMS登録医療従事者に関する変更

⑩役職を変更する場合（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：2024年 3月 20日 変更希望日：2024年 4月 1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
CPMS未登録医療従事者による代理申請も可能です。

【要請内容】
「登録内容の変更」を選択してください。
【理由】
「その他」を選択し「役職変更」である旨をカッコ内に記入ください。

【現在の登録内容】
※役割、氏名、医療機関名は必須です。

【登録変更後】
変更箇所のみ記入ください。

注) 医師（CPMSコーディネイト業務担当者として登録）からCPMS登録医に変更する：
・ 専門医資格を有する場合：
①医籍登録番号②指定医証明証のコピー（指定医でない場合はその旨記載）③専門医証明証のコピーをクロザリル適正使用委員会へ送付ください。
・ 専門医資格を有さない場合：
専門医でない旨及び①医籍登録番号②指定医証明証のコピー（指定医でない場合はその旨記載）をクロザリル適正使用委員会へ連絡ください。後日ケースレポートの提出を依頼します。

注：2015年以前にCPMS登録された医療従事者は様式7の提出が必要となる場合がございます。

施設名： ノバ精神医療センター 代理記入者名： 山田 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(役職変更)

【現在の登録内容】
 CPMS登録医 / クロザリル管理薬剤師 / CPMSコーディネイト業務担当者
 クロザリル管理薬剤師兼CPMSコーディネイト業務担当者 / その他()**
(ふりがな) やまだ たろう
氏名: 山田 太郎 所属する科, 担当: 精神科
(ふりがな) のばせいんいりゆうせんたー
医療機関(保険薬局)名: ノバ精神医療センター

連絡先: 電話: 03-1234-5678 FAX: _____
E-mail: clozaril_info@JapanXXX.com

【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コーディネイト業務担当者
 クロザリル管理薬剤師兼CPMSコーディネイト業務担当者 / 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: _____