

# 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。

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。

### 【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: \_\_\_\_\_

### 【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。