

1. CPMS登録医療従事者に関する変更

②現在CPMS未登録医療機関に所属、または、未就業で、過去登録経験のあるCPMS登録医療機関で再登録する場合（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: 鈴木 三郎

【要請内容】

「登録内容の変更」にチェックしてください。

【理由】

「その他」を選択し理由（コメント）を記入してください。

【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(復職のため再登録)

【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)

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】

再登録の場合はblankとなります。

【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: 精神科

(ふりがな)

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】

再登録先CPMS登録医療機関の登録情報を全て（FAX除く）記入ください。