

1. CPMS登録医療従事者に関する変更

⑦CPMS登録医療機関に所属するものの、何らかの理由で長期間CPMSにかかわらない（例：産休・育休、留学、担当交代等）場合（様式8）

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】

「登録の削除」を選択してください。

【理由】

「その他」を選択し理由を記入ください。

【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】

長期間CPMSにかかわらない場合は空白となります。

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： 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(育休のため)

【現在の登録内容】

CPMS登録医 / クロザリル管理薬剤師 / CPMSコーディネータ業務担当者
 クロザリル管理薬剤師兼CPMSコーディネータ業務担当者 / 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) のばせいんいりょうせんたー

医療機関(保険薬局)名： ノバ精神医療センター

連絡先： 電話： _____ FAX： _____

E-mail： _____

【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コーディネータ業務担当者
 クロザリル管理薬剤師兼CPMSコーディネータ業務担当者 / 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： _____