

1. CPMS登録医療従事者に関する変更

⑨CPMS登録医療従事者の登録情報を変更する場合（様式8）
 役職を変更する場合は⑩を参照すること

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「変更項目（改姓、電話番号、メールアドレス、所属科など）」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(メールアドレス変更/改姓)

【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

【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：改姓の場合、必ず“ふりがな”をご記載ください。

【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) さとう たろう

氏名： 佐藤 太郎

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： cpms.clozapine@XYZJapan.com