

2. CPMS登録医療機関に関する変更

①CPMS登録医療機関の登録情報（医療機関名、住所、電話番号）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： 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」を選択し変更内容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(医療機関名変更)

【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) のばせいんいりようせんたー

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： _____

【現在の登録内容】

変更項目のみ記載ください。

【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)

氏 名： _____

所属する科, 担当： _____

(ふりがな) にほんそうごうせいいいいりようせんたー

医療機関(保険薬局)名： 日本総合精神医療センター

連絡先： 電話： _____

FAX： _____

E-mail： _____

【登録変更後】

変更後情報を記載ください。

住所変更の場合：医療機関名の後にカッコ書きで住所及び郵便番号を記載ください。