

2. CPMS登録医療機関に関する変更

②CPMS登録医療機関の長の変更する場合（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: 佐藤 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(医療機関の長変更)

【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) たなか はなこ氏 名: 田中 華子

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】

現在登録している医療機関の長の名前を記載ください

不明の場合はblankでも結構です。

【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) すぎき たろう氏 名: 鈴木 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:

【登録変更後】

変更後の医療機関の長の氏名を記入ください。(氏名のみで結構です。)