

2. CPMS登録医療機関に関する変更

③CPMS登録医療機関の精神科の長に関する変更する場合
(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。

【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。

【現在の登録内容】
現在登録している精神科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】
変更後情報を記載ください。
氏名、ふりがな、電話番号、FAX番号、E-mailすべて必須です。

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(精神科の長変更)

【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: _____

【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: 03-1234-5678 FAX: 03-1234-8765
 E-mail: clozaril_info@JapanXXX.com