

2. CPMS登録医療機関に関する変更

④ CPMS登録医療機関の登録を削除する場合 (様式8)

※ 様式8の提出をもって当該施設の全てのCPMS登録医療従事者が削除されます

施設名・代理記入者名

申請者は、CPMS未登録医療従事者による代理申請も可能ですが、医療機関の長または精神科の長が望ましい。

【要請内容】

「登録の削除」にチェックしてください。

【理由】

「その他」を選択しCPMS登録削除希望である旨記入してください。

【現在の登録内容】

CPMS登録削除する医療機関名を記載ください。

注：当該施設の全てのCPMS登録医療従事者が削除されます。

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： 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(医療機関のCPMS登録削除)

【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： _____

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： _____