

3. 無顆粒球症に関する医療連携の変更

⑩登録済み連携医療機関の名称及び住所変更する場合

注：登録済み連携医療機関を他の連携医療機関へ変更する場合は、⑦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。
本人が遅職等により不在の場合は、代理の方がご記入ください。

申請者情報を記入：

施設の所属者であれば役職・所属は問いません。

施設名：ノバ精神医療センター 代理記入者名：田中 花子

【要請内容】は「登録内容の変更」をチェックしてください。

【理由】は「その他」を選択し、連携医療機関名変更の旨のコメント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(連携先医療機関名変更)

【現在の登録内容】は変更前に連携先医療機関名を記入してください。

住所が変更になる場合は、施設名の後ろにカッコ書きで記載してください。(例：ノバ大学病院(北海道札幌市●●●●))

【現在の登録内容】

CPMS登録医 / クロザリル管理薬剤師 / CPMSコーディネート業務担当者
 クロザリル管理薬剤師兼CPMSコーディネート業務担当者 / その他()**

(ふりがな)

氏名： _____ 所属する科,担当： _____

(ふりがな) のぼだいがくびょういん

医療機関(保険薬局)名：ノバ大学病院

連絡先： 電話： _____ FAX： _____

E-mail： _____

【登録変更後】は変更後に連携先医療機関名を記入してください。

住所が変更になる場合は、施設名の後ろにカッコ書きで記載してください。(例：日本総合血液病院(北海道札幌市▲▲▲▲▲))

【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コーディネート業務担当者
 クロザリル管理薬剤師兼CPMSコーディネート業務担当者 / その他()**

(ふりがな)

氏名： _____ 所属する科,担当： _____

(ふりがな) にほんそうごうけつえきびょういん

医療機関(保険薬局)名：日本総合血液病院

連絡先： 電話： _____ FAX： _____

E-mail： _____