

3. 無顆粒球症に関する医療連携の変更

⑨ 登録済み連携医療機関を削除する場合

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。

要請内容を記入：

「登録の削除」をチェックしてください。

【理由】は「その他」を選択し、連携先医療機関を削除する旨のコメントを記入してください。

現在の登録内容を記入：

登録を削除する連携先医療機関名、科名、医師名を記入してください。

登録変更後を記入：

記入不要です。

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：田中 花子

【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) さとう たろう

氏名：佐藤 太郎

所属する科, 担当：血液内科

(ふりがな) のば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】 ※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)
 医療機関(保険薬局)名： _____

連絡先： 電話： _____

FAX： _____

E-mail： _____