

## 5. CPMS登録医療従事者に関する変更

②現在CPMS未登録保険薬局に所属、または、未就業で、過去登録経験のあるCPMS登録保険薬局で再登録する場合（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： ノバ総合薬局 代理記入者名： 山田 太郎

【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」を選択し理由（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（復職のため再登録）

【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）

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： \_\_\_\_\_

【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） やまだ たろう

氏 名： 山田 太郎 所属する科, 担当： 保険薬局

（ふりがな） のばそうごうほけん やつきよく

医療機関（保険薬局）名： ノバ総合薬局

連絡先： 電話： 03-9876-4321 FAX： \_\_\_\_\_

E-mail： clozaryl\_ph@healthpharmacy.com

【現在の登録内容】

再登録の場合はblankとなります。

【登録変更後】

再登録先CPMS登録保険薬局の登録情報を全て（FAX除く）記入ください。