

5. CPMS登録医療従事者に関する変更

⑥現在CPMS未登録保険薬局に所属しており、CPMS登録医療機関へ異動する場合（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()

【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) 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) のぼそごうほけんやつきよ

医療機関(保険薬局)名： ノバ総合薬局

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： 精神科

(ふりがな) にほんせいしんかそうごうびょういん

医療機関(保険薬局)名： 日本精神科総合病院

連絡先： 電話： 03-1234-5678

FAX： _____

E-mail： clozaril_info@JapanXXX.com

【現在の登録内容】

最後に登録していたCPMS登録保険薬局の情報を記入ください。
※役割、氏名、保険薬局名は必須です。

【登録変更後】

異動先CPMS登録保険医療機関の登録情報を全て（FAX除く）記入ください。

注：2015年以前にCPMS登録された医療従事者は様式7の提出が必要となる場合がございます。