

## 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）

### 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。

### 【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。

## 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) 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っきょく  
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) 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