

## 5. CPMS登録医療従事者に関する変更

⑦CPMS登録医療機関に所属するものの、何らかの理由で長期間CPMSにかかわらない（例：産休・育休、留学、担当交代等）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。

### 【要請内容】

「登録の削除」を選択してください。

### 【理由】

「その他」を選択し理由を記入ください。

### 【現在の登録内容】

※役割、氏名、保険薬局名は必須です。

### 【登録変更後】

長期間CPMSにかかわらない場合は空白となります。

## 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：鈴木 三郎

### 【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(育休のため)

### 【現在の登録内容】

CPMS登録医 /  クロザリル管理薬剤師 /  CPMSコーディネータ業務担当者  
 クロザリル管理薬剤師兼CPMSコーディネータ業務担当者 /  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コーディネータ業務担当者  
 クロザリル管理薬剤師兼CPMSコーディネータ業務担当者 /  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： \_\_\_\_\_