

## 5. CPMS登録医療従事者に関する変更

⑧医療従事者が複数のCPMS登録保険薬局でCPMS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】

「登録医療機関の追加」を選択してください。

【理由】

「その他」を選択し「施設追加希望」である旨のコメントを記入ください。

【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( **登録保険薬局の追加** )

【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： \_\_\_\_\_

FAX： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_

【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】

追加先CPMS登録保険薬局の登録情報を全て（FAX除く）記入ください。

【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) **のぼそうごうほけんやつきよく にごうてん**

医療機関(保険薬局)名： **ノバ総合薬局 2号店**

連絡先： 電話： **03-1234-5678**

FAX： \_\_\_\_\_

E-mail： **clozaril\_ph@pharmacy.com**

注：2015年以前にCPMS登録された医療従事者は様式15の提出が必要となる場合がございます。