

5. CPMS登録医療従事者に関する変更

⑨CPMS登録医療従事者の登録情報を変更する場合（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」を選択してください。

【理由】

「その他」を選択し「変更項目」をカッコ内に記入ください。

【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(メールアドレス変更/改姓)

【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: 精神科(ふりがな) のばそうごう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: 03-1234-5678

FAX: _____

E-mail: clozaril_info@JapanXXX.com

【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】

変更箇所のみ記入ください。

注: 改姓の場合、必ず“ふりがな”をご記載ください。

【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) さとう たろう氏 名: 佐藤 太郎

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: cpms.clozapine@XYZJapan.com