

## 6. CPMS登録保険薬局に関する変更

### ①CPMS登録保険薬局の登録情報を変更する場合

## 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： クロザリル総合薬局 代理記入者名： 鈴木 三郎

【要請内容】

「登録内容の変更」にチェックしてください。

【理由】

「その他」を選択し変更内容を記入してください。

【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( 薬局名変更 )

【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)

氏名： \_\_\_\_\_

所属する科, 担当： \_\_\_\_\_

(ふりがな) くろざりるそうごうやっきょく医療機関(保険薬局)名： クロザリル総合薬局

連絡先： 電話： \_\_\_\_\_

FAX： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_

【現在の登録内容】

変更項目のみ記載ください。

【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)

氏名： \_\_\_\_\_

所属する科, 担当： \_\_\_\_\_

(ふりがな) のばやっきょく そうごういりょうせんたーまえてん医療機関(保険薬局)名： ノバ薬局 総合医療センター前店

連絡先： 電話： \_\_\_\_\_

FAX： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_

【登録変更後】

変更後情報を記載ください。

住所変更の場合：医療機関名の後にカッコ書きで住所及び郵便番号を記載ください。