

## 6. CPMS登録保険薬局に関する変更

### ②CPMS登録保険薬局の長を変更する場合

## 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: ノバ総合薬局 代理記入者名: 鈴木 太郎

#### 【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( 保険薬局の長変更 )

#### 【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) たなか はなこ氏名: 田中 華子

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:

#### 【現在の登録内容】

現在登録している精神科の長の名前を記載ください  
不明の場合はblankでも結構です。

#### 【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) すぎき たろう氏名: 鈴木 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: 03-1234-5678FAX: 03-1234-8765E-mail: clozaril\_info@JapanXXX.com

#### 【登録変更後】

変更後情報を記載ください。

氏名、ふりがな、電話番号、FAX番号、E-mailすべて必須です。