

6. CPMS登録保険薬局に関する変更

⑤複数登録している処方元医療機関を削除する場合

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

申請者は、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: **佐藤 三郎**

【要請内容】

「登録の削除」にチェックしてください。

【理由】

「その他」を選択し処方元医療機関削除の旨記入してください。

【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(**処方元医療機関削除**)

【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) **のばせいんいりゆうせんたー**医療機関(保険薬局)名: **ノバ精神医療センター**

連絡先: 電話:

FAX:

E-mail:

【現在の登録内容】

削除する処方元医療機関を記載ください。

注)

複数の処方元医療機関を登録している場合に有効です。

保険薬局のCPMS登録削除は③を参照すること

【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)

医療機関(保険薬局)名:

連絡先: 電話:

FAX:

E-mail: