

クロザリル管理薬剤師(保険薬局)の登録要請及び誓約書

提出先：クロザリル適正使用委員会

要請日： 年 月 日

【要請内容】

クロザリル管理薬剤師（保険薬局）

【登録要請者署名または記名・捺印】

(ふりがな)

氏名： 印

(ふりがな)

保険薬局名：

連絡先： 電話：

E-mail：

クロザリル適正使用委員会 殿

本申請にあたり、私は、以下のことを誓約し、CPMS登録を要請します。

記

- 医事または薬事に関する法令若しくは官公庁の通知・告示等に違反したことがないこと
- クロザリル講習会受講申込書に記載した情報がいずれも真実且つ正確であること
- クロザリルの添付文書やクロザリル講習会／説明会の内容を十分理解した上で、CPMS運用手順に従いクロザリルを適正に使用すること
- eCPMSのID及びパスワードは他人に貸し渡しをしないこと
- CPMS運用手順を不遵守した場合、CPMSセンターに報告し、クロザリル適正使用委員会及びCPMSセンターからの対応・指示に従うこと
- 他の医療従事者による不遵守を見つけた場合はCPMSセンターに報告し、クロザリル適正使用委員会及びCPMSセンターからの対応・指示に従うこと
- クロザリル血液検査確認書を持たない患者にはクロザリルを調剤しないこと
- クロザリル適正使用委員会が求めた場合、クロザリルの処方に関する情報提供を行うこと
- プライバシーポリシーに基づき必要な範囲内で上記登録申請に関する情報及び登録取消に関する情報が、医療従事者を通じて患者へ、または医療従事者へ、並びにCPMSセンター及び製造販売業者であるノバルティスファーマ株式会社に提供されることに同意すること
- 登録承認後に変更申請を行い所属保険薬局を変更した場合は、変更後の保険薬局においても上述の事項を誓約することに同意すること

以上