* 次ページ「1.施設情報」「2.担当者情報」をご記入の上、下記提出先まで**メール**にてご提出くださいますようお願いいたします。但し、メールでのご提出が難しい場合には、郵送またはFAXにてご提出ください。

|  |
| --- |
| **【提出先】**  一般社団法人　日本造血細胞移植 データセンター（JDCHCT）  〒461-0047　名古屋市東区大幸南1丁目1-20　名古屋大学内  TEL：052-722-4410（代表）　FAX：052-722-4420  メールアドレス：jdchct-dc@jdchct.or.jp |

**記入の際のポイント**

|  |
| --- |
| **重要なお願い**  後日、JDCHCTより**「FormsNet3マニュアル」と「細胞治療レジストリ　項目定義」**をお送りいたします。  FormsNetへご入力いただく**前**に、上記文書で**操作手順と各項目の定義をご確認ください**。  上記内容にご承諾いただけますとFormsNetのアカウントが作成できます。 |

**施設情報について**

* **診療科ごと**に新規施設登録をお願いいたします。
* 細胞治療製品の製造販売後調査に参加される場合は、「診療科名」は、製薬企業様と**合意/契約を締結した診療科名を記載**してください。異なる場合、製薬企業様へデータの提供ができなくなるためです。

**FormsNetのアカウントについて**

* FormsNetのアカウントは**1人につき1つ必要**となります。**複数人で1つのアカウントを使用することができない**ため、FormsNetのアカウントが必要な方すべてを担当者情報へ記入してください。

**メディカルディレクター（必ず1名記入してください）**

* メディカルディレクターには、**貴診療科の責任者**を1名ご登録ください。
* FormsNet3にご入力いただいたデータは、メディカルディレクターの責任のもとご提出ください。
* FormsNet3のご入力を担当くださる方々へ、「FormsNet3マニュアル」と「細胞治療レジストリ　項目定義」の確認について、周知徹底をお願いいたします。

**プライマリーデータマネージャー（必ず1名記入してください）**

* プライマリーデータマネージャーは、必ずしも貴診療科の責任者である必要はありません。（メディカルディレクターと同じ方でも構いませんが、改めてのご記入をお願いいたします）
* **症例情報のご入力・ご提出に加え、施設情報の登録内容の管理、FormsNet3アカウントの管理**をお願いいたします。
* 日本造血細胞移植データセンター（JDCHCT）との連絡調整を行っていただく方になりますので、**施設/担当者情報の登録内容に変更等が生じた場合にはJDCHCTまでご連絡**をお願いいたします。
* **郵送物はプライマリーデータマネージャー宛に送付**されます。JDCHCTからの案内や連絡事項等を受け取った際には、他のデータマネージャーへ共有をお願いいたします。

**データマネージャー（任意）**

* データマネージャーは、FormsNetで細胞治療を実施した症例情報のご入力・ご提出についてご対応をお願いいたします。なお、必要に応じて何人でも登録することができます。医師、看護師、事務員等の職業は関係なく、実際に症例情報のご入力・ご提出の対応をされる方をご登録ください。

施設コード（JDCHCT記入欄）：

|  |
| --- |
| **1.施設情報** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **施設名** | | | **必須** |  |
| **施設名（英語）** | | | **必須** |  |
| **診療科名** | | | **必須** |  |
| **診療科名（英語）** | | | **必須** |  |
| **施設住所** | **郵便番号** | | **必須** | 〒 |
| **都道府県** | |  |
| **市区町村** | |  |
| **地名番地・建物名** | |  |
| **施設住所（英語）** | | | **必須** |  |
| **施設Webサイト** | | | **必須** |  |
| **施設長**  （「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に規定されている研究機関の長をご記入ください。） | | **氏名** | **必須** |  |
| **職名** | **必須** |  |

➡　次ページ以降　「担当者情報」　へも記入をお願いいたします。

|  |
| --- |
| **2.担当者情報** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **メディカルディレクター（必ず1名記入してください）** | | |
| **氏名** | **必須** |  |
| **氏名（英語）** | **必須** |  |
| **メールアドレス** | **必須** | @ |
| **TEL** | **必須** | （　　　　　　）　　　　　－ |
| 内線番号 | 任意 |  |
| FAX | 任意 | （　　　　　　）　　　　　－ |
| FormsNetへご入力いただく前に、必ず「FormsNet3マニュアル」と「細胞治療レジストリ　項目定義」で操作手順と各項目の定義をご確認ください。 | **必須** | □　承諾する　　→　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **プライマリーデータマネージャー（必ず1名記入してください）** | | |
| **氏名** | **必須** |  |
| **氏名（英語）** | **必須** |  |
| **メールアドレス** | **必須** | @ |
| **TEL** | **必須** | （　　　　　　）　　　　　－ |
| 内線番号 | 任意 |  |
| FAX | 任意 | （　　　　　　）　　　　　－ |
| FormsNetへご入力いただく前に、必ず「FormsNet3マニュアル」と「細胞治療レジストリ　項目定義」で操作手順と各項目の定義をご確認ください。 | **必須** | □　承諾する　　→　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |

➡　必要に応じて、次ページ以降の　「データマネージャー」　へもご記入をお願いいたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **データマネージャー（任意）** | | | | |
| **データマネージャー　1人目** | | | | |
| **氏名** | **必須** | |  | |
| **氏名（英語）** | **必須** | |  | |
| **メールアドレス** | **必須** | | @ | |
| **TEL** | **必須** | | （　　　　　　）　　　　　－ | |
| 内線番号 | 任意 | |  | |
| FAX | 任意 | | （　　　　　　）　　　　　－ | |
| FormsNetへご入力いただく前に、必ず「FormsNet3マニュアル」と「細胞治療レジストリ　項目定義」で操作手順と各項目の定義をご確認ください。 | **必須** | | □　承諾する　　→　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | |
| **データマネージャー　2人目** | | | | |
| **氏名** | | **必須** | |  |
| **氏名（英語）** | | **必須** | |  |
| **メールアドレス** | | **必須** | | @ |
| **TEL** | | **必須** | | （　　　　　　）　　　　　－ |
| 内線番号 | | 任意 | |  |
| FAX | | 任意 | | （　　　　　　）　　　　　－ |
| FormsNetへご入力いただく前に、必ず「FormsNet3マニュアル」と「細胞治療レジストリ　項目定義」で操作手順と各項目の定義をご確認ください。 | | **必須** | | □　承諾する　　→　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |

※データマネージャーを3名以上ご登録いただく場合には、適宜入力欄を追加の上、記入してください。