* 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）  〒480-1195　愛知県長久手市岩作雁又１−１　愛知医科大学内  TEL：0561-65-5821（代表）　FAX：0561-65-5822  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。
* FormsNetのアカウントはメールアドレスと紐づいて登録されますので、**共有のメールアドレスでの登録はできません。**個人の

メールアドレスでの申請をお願いします。

* FormsNetは不正アクセスを防ぐための二段階認証のセキュリティ対策がなされています。認証にはスマートフォン用アプリ「Okta Verify」を使用し、スマートフォン・タブレット等（モバイル機器）を用いてアカウントと紐づけを行っていただきます。※Okta Verify設定方法につきましてはアカウント登録後に、JDCHCTよりご案内させていただきます。

**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。
* メディカルディレクター、プライマリーデータマネージャー以外の方でご入力等を担当される方がいらっしゃる場合はご記入をお願いいたします。メディカルディレクター、プライマリーデータマネージャーの欄に既に記入されている方を再度記入いただく必要はありません。

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**  （「人を対象とする生命科学・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 | （　　　　　　）　　　　　－ |
| **職種** | **必須** | アイテムを選択してください。 |
| 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** | ※ご承諾いただける場合はチェック（☑／■）と日付を記入してください。  □　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 | （　　　　　　）　　　　　－ |
| **職種** | **必須** | アイテムを選択してください。 |
| 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** | ※ご承諾いただける場合はチェック（☑／■）と日付を記入してください。  □　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 | | （　　　　　　）　　　　　－ | |
| **職種** | **必須** | | アイテムを選択してください。 | |
| 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** | | ※ご承諾いただける場合はチェック（☑／■）と日付を記入してください。  □　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 | | （　　　　　　）　　　　　－ |
| **職種** | | **必須** | | アイテムを選択してください。 |
| 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** | | ※ご承諾いただける場合はチェック（☑／■）と日付を記入してください。  □　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。