施設登録用紙1【新規用】

※診療科ごとにご提出ください。

認定特定非営利活動法人　西日本がん研究機構　での多施設共同臨床研究に

参加する施設として、WJOG施設規程およびWJOG臓器グループ運営規程に則り施設の登録をいたします。

　　提出日　　　　　　　年　　月　　日

認定特定非営利活動法人　西日本がん研究機構

　　　　　　　　　　　　　　理事長　山本信之　殿

（　新規登録　・　更新　）

◆参加（希望）される臨床試験項目にチェックを付けて下さい。（必須）◆

　□肺がん（内科）　　□肺がん（外科）　　□消化器がん　　□乳がん　　□バスケット

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名（正式名称をご記入下さい） | | | 施設長名 |
| 施設住所  （〒　　　‐　　　　） | | | |
| 施設代表TEL番号 | | | 施設代表FAX番号 |
| 診療科名 | 専門分野※  肺がん・消化器がん・乳腺がん（その他　　　　　　　　） | | 診療科長名 |
| 英文表記（例：近畿大学医学部　腫瘍内科→Department of Medical Oncology, Kindai University, Faculty of Medicine） | | | |
| 診療科固有のTEL番号  　（内線　　　　　） | | | 診療科固有のFAX番号 |
| 診療科代表者名（臨床試験参加責任者名）  （ふりがな） | | E-mail | |
| 連絡責任者名（医師　・ コーディネーター）  （ふりがな） | | E-mail | |

※専門分野に○印をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| WJOG事務局　使用欄 | | | | | | | |
| 施設ID | 診療科ID | システム入力 | ML  登録 | 完了  通知 | WJ内  通知 | 委員会報告 | チェック |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

施設登録用紙２

以下にご記載いただきますようお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名／診療科名 | 記載者名 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 原資料閲覧について（回答必須） | | | |
| 原資料直接閲覧の実施の可否　（回答必須）  ※WJOGの施設調査実施時等に資料を閲覧することがあります。 | | 可　　・　　否（否の場合登録不可） | |
| ※否とご回答の場合、理由をお願いいたします。 | | | |
| 原資料直接閲覧の際の申し込み窓口担当者  （記載なき場合は、診療科代表者または連絡責任者情報を登録致します） | |  | |
| 部署名 | |
| 連絡先（TEL） | |
| E-mail | |
| 原資料直接閲覧の際、申請に必要な施設指定の書類の有無 | | 有　　・　　無 | |
| 臨床試験の環境について（１）（回答必須） | | | |
| 臨床試験の種類 | 臨床研究（WJOG臨床試験などの医師主導臨床試験） | | 治験（医師主導治験を含む）  または製造販売後臨床試験 |
| 施設審査機関の有無 | 有　・　無 | | 有　・　無 |
| 施設審査機関の名称  （例：治験審査委員会） |  | |  |
| 開催回数 | 年　　　　回 | | 年　　　　回 |
| 臨床試験の環境について（２）（回答必須） | | | |
| 臨床試験を実施するための設備（観察や検査に使用する機器等）と人員について | * 臨床試験で要求される一般的な設備は十分に有する * 臨床試験で要求される一般的な臨床検査は十分実施できる   （□全て院内で実施　　　□一部またはすべて外注）   * 十分な人員（医師、CRC、薬剤師、看護師等）にて臨床試験を実施できる | | |
| 被験者に対する緊急時の対応について | * 被験者に対して緊急措置を行う設備が院内にある | | |