**血液疾患登録 施設情報変更届**

**「1) 施設名」(必須)および変更の生じた項目に入力の上、日本血液学会事務局（****data@jshem.or.jp****）宛にフォームを送信してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **施設名**

**（必須入力）** |  |
| 1. **施設英語名**
 |  |
| 1. **診療科名**
 |  |
| 1. **診療科英語名**
 |  |
| 1. **郵便番号・住所**
 | 〒　　　　　　　　　 |
| 1. **電話番号**
 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

申請日：　　　年　　月　　日

申請者：

※施設登録責任者（要専門医資格）の変更、及びユーザーの新規追加登録については、EDC（[ptosh.com](https://ptosh.com/)）上でご対応ください。操作は、Ptosh上の「ヘルプ」[ptosh.com/welcome/help](https://ptosh.com/welcome/help)に掲載の下記マニュアルをご参照ください。

 Ptoshヘルプ > 共通の使い方 >

・Ptoshマニュアル（共通） > 「4.3. 権限の委譲」、

・Ptoshマニュアル（部門管理者）> 「1.2. 新規ユーザの追加」

※施設登録責任者（要専門医資格）の変更については、EDC上のご対応後に変更後の施設登録責任者名とメールアドレスがJSH事務局に情報提供されます。