

(事務局使用欄)

受付番号

平成 年 月 日

再生医療等提供計画審査依頼書

一般社団法人日本医療福祉協会 殿

以下の通り、再生医療等提供計画の審査を依頼します。

審査依頼・報告 (該当するものに✓をつける)	<input type="checkbox"/> 初回審査 <input type="checkbox"/> 継続審査 <input type="checkbox"/> 報告	再生医療等提供計画の 計画番号 (新規の場合は不要)	
再生医療等 提供機関	名称		
	所在地	〒	
治療・研究の区分 (該当するものに✓をつける)	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 研究	再生医療等の分類 (該当するものに✓をつける)	<input type="checkbox"/> 第一種 <input type="checkbox"/> 第二種 <input type="checkbox"/> 第三種
再生医療等の内容			
細胞培養加工 施設 (特定細胞加工物 を用いる場合)	名称		
	施設番号		
再生医療等製品 (再生医療等製品 を用いる場合)	名称		
	製造販売 業者名		
連絡先	部署		
	氏名		
	電話番号		
	FAX 番号		
	メールアドレス		

【提出先】

一般社団法人日本医療福祉協会 認定再生医療等委員会事務局
〒108-0073 東京都港区三田 2-14-4 三田慶應ビジデンス 4階