第三種再生医療等提供計画審査申込書

一般財団法人 日本薬事法務学会

再生医療等委員会 事務局

TEL：0120-055-892　FAX：03-5980-1036

Email：[info@japal.org](mailto:info@japal.org)

貴組織について

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者  （医療法人等） | 名称 | |  | | |
| 所在地 | |  | | |
| 代表者（理事長名）  役職 |  | | | | |
| 開設者名（病院の場合） |  | | | | |
| 再生医療等提供機関 | 名称 | |  | | |
| 所在地 | |  | | |
| 連絡先担当者名  役職 |  | | | | |
| TEL：　　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　　　　Email： | | | | | |
| HP： | | | | | |
| 細胞培養加工施設 | 名称 |  | | | |
| 施設  番号 |  | | 届出日 |  |
| 診療科目  （病院の場合） |  | | | | |
| 職員数 | ドクター：  看護師・歯科衛生士：  研究員：  その他スタッフ： | | | | |
| 第三種再生医療等に該当すると判断した理由 |  | | | | |
| 提供計画の概要 | | | | | |

上記内容に相違ありません。

平成　　年　　月　　日

記入者名：　　　　　　　　　　印

役職：