|  |
| --- |
| 第三種再生医療等提供計画審査等申込書 (変更・疾病等・定期) |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 送付日：平成　　　年　　月　　日 | |
| 再生医療等  提供機関 | 名称 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 代表者  氏名 | （　理事長　・　院長　） | | | |
| 連絡先担当者 氏名 | |  | 連絡先担当者 役職 | |  |
| TEL | |  | FAX | |  |
| Email | |  | | | |
| 再生医療等の名称 | |  | 計画番号  （PA、PB、PCから始まる9ケタの番号等） | |  |
| 受理年月日 | | 平成　　　年　　月　　日 |
| 内容 | | （　変更　・　疾病等　・　定期　）　　※１つを選択してください | | | |
| 概要　　※添付資料のある場合は“○○参照”とご記載ください | | | |
| その他 | |  | | | |