|  |
| --- |
| 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 |  |