(事務局使用欄)

受付番号：

令和　　　　年　　　　月　　　　日

**再生医療等提供計画審査依頼書**

特定非営利活動法人先端医療推進機構 殿

以下のとおり、再生医療等提供計画の審査を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 審査依頼区分  (該当するものに✔をつける) | | | 初回審査　　初回審査 再審査  変更審査　　疾病等報告  定期報告　　定期報告 再審査  法改正に伴う変更審査  (2019.4.1～2020.3.31) | | | | | | 再生医療等提供計画の計画番号 | |  |
| 厚生局受理年月日 | |  |
| 報告期間(定期報告のみ) | | | (西暦) 　　　　年　　月　　日　～ (西暦) 　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 再生医療等提供機関 | | 名称 |  | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | |
| 管理者 | 肩書 |  | | 氏名 | |  | | | |
| 治療・研究の区分  (該当するものに✔をつける) | | | 治療  研究 | | 再生医療等の分類 | | 第一種  第二種  第三種 | | | ご希望の  審査会場 | 名古屋  東京 |
| 再生医療等の名称 | | |  | | | | | | | | |
| 細胞培養  加工施設 | | 名称 |  | | | | | | | | |
| 施設  番号 |  | | | | | | | | |
| 連絡先 | 部署 | |  | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | | | |
| FAX番号 | |  | | | | | | | | |
| メールアドレス | |  | | | | | | | | |

【提出先】　特定非営利活動法人先端医療推進機構　再生医療等委員会 事務局

　　　　　　　　〒464-0858 愛知県名古屋市千種区千種2丁目24番2号

千種タワーヒルズ1階 クリニックチクサヒルズ内 先端医療推進機構

E-Mail：[nintei@japsam.or.jp](mailto:nintei@japsam.or.jp)

E-Mail：[tokutei-nintei@japsam.or.jp](mailto:tokutei-nintei@japsam.or.jp)

FAX：052-745-6882　＊電話番号ではありません。ご注意ください。

お問い合わせの際は、上記メールアドレス又はFAXまでお願いいたします。

＊誠に恐れ入りますが、お電話でのお問い合わせは承っておりません。

Copyright(C)2017.JAPSAM All Rights Reserved. (Oct.11-2017)