

(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)	<input type="checkbox"/> 初回審査 <input type="checkbox"/> 初回審査 再審査 <input type="checkbox"/> 変更審査 <input type="checkbox"/> 疾病等報告 <input type="checkbox"/> 定期報告 <input type="checkbox"/> 定期報告 再審査 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 研究	再生医療等の分類	<input type="checkbox"/> 第一種 <input type="checkbox"/> 第二種 <input type="checkbox"/> 第三種	ご希望の審査会場 <input type="checkbox"/> 名古屋 <input type="checkbox"/> 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

E-Mail : 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。