再生医療等提供計画にかかる審査等業務申込書

年　　月　　日

東海大学特定認定再生医療等委員会　御中

　　 再生医療等提供機関

 機関名：

 住 所：

 管理者氏名：　　　　　 　　　　 印

※ 受付番号　第S　　 － 　　番

再生医療等提供計画概要

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 提供しようとする再生医療等の名称 |  |
| 2.治療・研究の区分 | □治療　 　□研究　　　　 |
| 3.再生医療の分類 | □第一種 □第二種　　　　 |
| 4.業務区分 | □提出時　　□計画変更　　□定期報告　　□疾病の報告等 　□その他 |
| 5.再生医療等の内容 |  |
| 6.再生医療等を行う医師・歯科医師 | 氏名：　　 所属・役職： 電話：　 E-mail： |  □医師　　□歯科医師 |
| 7.統括責任者の氏名(※共同研究の場合) | □上記と同じ |
| 8.事務担当の連絡先 | 所属部署：担当者名：E-mail:TEL/FAX： |

＊記入事項に変更がある際は速やかに東海大学特定認定再生医療等委員会事務局までご連絡下さい。