

(事務局使用欄)

受付番号

平成 年 月 日

再生医療等提供計画審査依頼書

医療法人社団オーラルホワイト認定再生医療等委員会 殿

以下の通り、再生医療等提供計画の審査を依頼します。

審査依頼・報告 (該当するものに✓をつける)		<input type="checkbox"/> 初回審査 <input type="checkbox"/> 継続審査 <input type="checkbox"/> 報告	再生医療等提供計画の 計画番号	(新規の場合は不要)
再生医療等 提供機関	名称			
	所在地	〒		
治療・研究の区分 (該当するものに✓をつける)		<input type="checkbox"/> 治療	再生医療等の分類 (該当するものに✓をつける)	<input type="checkbox"/> 第三種
再生医療等の内容				
細胞培養加工 施設 (特定細胞加工物を用いる場合)	名称			
	施設番号			
再生医療等製 品 (再生医療等製品を用いる場合)	名称			
	製造販売業者名			
連絡先	部署			
	氏名			
	電話番号			
	FAX 番号			
	メールアドレス			