

第三種再生医療等提供計画審査申込書

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 : 03-5944-5013 FAX : 03-5980-1036
Email : info@japal.org

貴組織について

組織名 (ふりがな)		
親会社 (本社) 名 及び所在地		
代表者 (理事長名) 役職		
開設者名 (病院の場合)		
再生医療を提供する 所在地		
連絡先担当者名 役職		
TEL :	FAX :	Email :
HP :		
診療科目 (病院の場合)		
職員数	ドクター : 看護師 : 研究員 :	

第三種再生医療等に該当すると判断した理由

提供計画の概要

上記内容に相違ありません。

平成 年 月 日

記入者名： 印

役職：