

(クリニック使用欄)

(セルバンク使用欄)

セルバンク ID		検	担
プラン	MT1 ・ MT2		

検	担

セルバンク利用契約書

株式会社セルバンク 御中

○この度、私は「セルバンク利用約款」を十分理解し、完全に同意いたしましたので、私自身の皮膚・真皮線維芽細胞の長期保管をお願いしたく、ここに申し込みをいたします。

また、セルバンク利用約款第3条1項の指定医療機関を 医療法人悠真会 金山美容クリニック に指定いたします。

今後、私が自分の真皮線維芽細胞を株式会社セルバンクから引き出したい場合には、上記指定医療機関を、私の『細胞受け取り代理医療機関』に指定いたします。

○細胞（皮膚）保管期限日より2ヶ月間、私が保管継続の意思表示をしない場合には、セルバンク契約を終了したものとし、お預けしている細胞の廃棄について承諾いたします。

※ 記入必須

フリガナ ※		契約日 ※	(西暦) 20 年 月 日
ローマ字表記			
氏名 ※		性別 ※	男 ・ 女
住所 ※	〒 都道府県 建物名・部屋番号		
生年月日 ※	(西暦) 年 月 日	<p>なお、私は将来の医学の発展のため、セルバンク契約終了後、個人が特定されないようにした上で私の細胞及び血液を研究目的に使用することに</p> <p>同意する ・ 同意しない</p>	
電話 ※	(自宅)		
	(携帯)		
FAX			
E-mail ※			
(備考) ご連絡方法等に優先順位、希望があればご記入ください			

ご契約者様

皮膚・真皮線維芽細胞受入合意書

上記の件、契約日と同日付けで確かに皮膚及び真皮線維芽細胞を受入れ、長期保存に向けて処理を開始いたします。また、当契約の成立の証として本書の写しをお渡しいたします。

株式会社セルバンク
〒104-0054
東京都中央区勝どき 1-13-1 イヌイビル・カチドキ 3F
Tel : 0120-146-143 Fax : 03-5547-0208
E-mail : desk@cellbank.jp