

変更対比表

作成年月日：2019年6月14日

試験課題名：『自家末梢血 CD34 陽性細胞移植による下肢血管再生療法』

以下に、「自家末梢血 CD34 陽性細胞移植による下肢血管再生療法」に係る「1-4 再生医療等に用いる細胞の提供を受けるにあたっては、細胞提供者または代諾者に対する説明及び同意の様式」（同意説明文書）における修正箇所について修正・追加を下線、削除を、二重取消線として示す。

訂正箇所	第 21 回特定認定再生医療等委員会提出版 (第 1.6 版)	2019 年 6 月 14 日提出版 (第 1.7 版)	変更理由
フッター	湘南鎌倉総合病院 第 1.6 版 作成日：2019 年 3 月 29 日	湘南鎌倉総合病院 第 <u>1.7</u> 版 作成日：2019 年 <u>5</u> 月 <u>27</u> 日	版番号及び作成年月日の更新漏れによる誤記修正

以上