**再生医療等提供計画審査依頼書**

特定非営利活動法人 皮膚の健康研究機構　認定再生医療等委員会委員長　殿

＜依頼者（契約者）＞

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 施設名 |  |
| 部署名 |  |
| 職名 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
|  |
| 電話番号 |  |
| 緊急連絡先 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

再生医療等提供計画について、下記の通り特定非営利活動法人皮膚の健康研究機構認定再生医療等委員会へ審査等業務を依頼し、ここに契約いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 提供しようとする再生医療等の名称 |  |
| 審査依頼・報告 | □初回審査 | 再生医療等提供計画番号及び受理年月日（初回審査は不要） | 番号：　　　　　　　　　　　　　.受理日：　　　年　　　月　　　日 |
| □定期報告審査 |
| □変更届 |
| □疾病等報告 |
| 実施責任者(治療又は研究) | 氏名 |  |
| 所属 |  |
| 職名 |  |
| 再生医療等の提供施設 | 施設名 |  |
| 住所 |  |
| 担当者連絡先 | 氏名 |  |
| 所属 |  |
| 職名 |  |
| 直通TEL |  |
| E-mail |  |

申請者（契約者）

　　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印