様式1

受付番号	

審査等依頼書

一般社団法人国際再生医療普及協会
特定認定再生医療等委員会　　殿

申請者	申込日	20　　年　　月　　日
	医療機関名	
	部署名	
	職名	
	氏名	印
	住所	
	電話番号	
	緊急連絡先	
	FAX	
	E-mail	

　下記、再生医療等提供計画について、一般社団法人国際再生医療普及協会特定認定再生医療等委員会へ審査等業務を依頼致します。

記

提供しようとする再生医療等の名称		
再生医療等の区分		□ 第１種　□ 第２種　□ 第３種
実施責任者	氏名	
	所属	
	職名	
再生医療等の提供施設	施設名	
	住所	
細胞培養加工施設	施設名	
	認定番号	
担当者連絡先	氏名	
	所属	
	職名	
	直通TEL	
	E-mail	

添付資料	□　再生医療等提供計画書　※各種申請書作成支援サイトにて一時保存されたもの
	□　添付書類一式
	□　事前相談料　振込控えコピー

事前相談料の支払いについて

　私は、一般社団法人国際再生医療普及協会特定認定再生医療等委員会と審査等業務委託契約の締結に至らなかった場合、事前相談料の支払について同意いたします。

支払責任者　機関名・職名
氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印