

(事務局使用欄)

受付番号

平成 年 月 日

再生医療等提供計画審査依頼書 (第三種のみ)

北海道医療大学病院認定再生医療等委員会 殿

以下の通り、再生医療等提供計画の審査を依頼します。(必要箇所に印を付けてください)

審査依頼・報告	<input type="checkbox"/> 初回審査 <input type="checkbox"/> 継続審査 <input type="checkbox"/> 報告	再生医療等提供計画の 計画番号 (新規の場合は不要)	
再生医療等提供機関	名称		
	所在地	〒	
治療・研究の区分	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 研究		
提供する再生医療等の 詳細			
特定細胞加工物製造 施設	名称		
	施設番号		
連絡先	担当者		
	電話		
	FAX		
	メール		

【 提出先 】

北海道医療大学病院 認定再生医療等委員会

北海道医療大学病院 事務室内

〒002 - 8072 札幌市北区あいの里 2 条 5 丁目

TEL : 011 - 778 - 7575 FAX : 011 - 770 - 5034