Ver.＊＊＊

再生医療等提供にかかる実施通知書

西暦　　　　年　　月　　日提出

京都大学特定認定再生医療等委員会委員長

再生医療等提供機関　住所　：

管理者氏名：

※　 受付番号　第S　　　　番

研究計画概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 提供しようとする再生医療等の名称 |  | |
| 2．治療・研究の区分 | * 治療　　□研究 | |
| 3．再生医療の分類 | □第一種　　　　□第二種　　　　□第三種 | |
| 4.再生医療等の内容 |  | |
| 5.再生医療等を行う医師又は歯科医師  (※研究者に限る) | 氏名：  所属・役職：  電話：  E-mail： | □医師　　□歯科医師 |
| 6.統括責任者の氏名  (※共同研究の場合) | □上記と同じ | |
| 7.事務担当の連絡先 | 担当部署：  担当者名：  E-mail:  TEL/FAX： | |