

再生医療等提供計画審査エントリーシート(第三種のみ)

特定非営利活動法人 日本アンチエイジング医療協会 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・報告を希望致します。(必要箇所に印をつけてください)

審査依頼・報告	<input type="checkbox"/> 初回審査 <input type="checkbox"/> 定期報告審査 <input type="checkbox"/> 変更届 <input type="checkbox"/> 疾病等報告 <input type="checkbox"/> 中止届	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)	受理日: 年 月 日
再生医療等提供機関	名称		
	所在地		
治療・研究区分	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 研究		
提供する再生医療等の詳細 (作製方法の概要)	例:使用キット名・遠心条件等		
特定細胞加工物製造施設	名称		
	施設番号		
	受理年月日		
連絡先	担当者		
	電話		
	FAX		
	メール		

依頼書送付先:

特定非営利活動法人 日本アンチエイジング医療協会 認定再生医療等委員会

特定非営利活動法人 日本アンチエイジング医療協会 事務局内

〒171-0021 東京都豊島区西池袋5-10-2 椿ビル1階

TEL:03-5911-5524 FAX:03-5911-5554

Mail: kubota@tb-clinic.com

URL: <http://www.j-ama.com/>