認定者名簿

西暦　　　　　年　　　月　　　日

日本再生医療学会

再生医療認定施設制度委員会委員長　殿

本施設に所属する認定者は以下の通りです。

・所属する再生医療認定医5名、上級臨床培養士1名、臨床培養士１名以上の名簿

※移行措置期間（2024～2026年申請分）終了後の条件は、再生医療認定医5名、細胞培養加工施設管理士1名、上級臨床培養士1名、臨床培養士３名以上の名簿

※入力欄は、適宜増減しご記入ください。

※複数の認定資格を持つ者を有する場合であっても、それぞれ定められた人数に重複して含めることはできません。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 | （印） |
| 所在地 | 〒 |

* 再生医療認定医　5名以上　※複数の認定資格を持つ者を有する場合であっても、それぞれ定められた人数に重複して含めることはできません。。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 再生医療認定医① | 会員番号 | 669- |
| 認定番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 部 |  |
| 課／科 |  |
| Email |  |
| Phone |  |
| 再生医療認定医② | 会員番号 | 669- |
| 認定番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 部 |  |
| 課／科 |  |
| Email |  |
| Phone |  |
| 再生医療認定医③ | 会員番号 | 669- |
| 認定番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 部 |  |
| 課／科 |  |
| Email |  |
| Phone |  |
| 再生医療認定医④ | 会員番号 | 669- |
| 認定番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 部 |  |
| 課／科 |  |
| Email |  |
| Phone |  |
| 再生医療認定医⑤ | 会員番号 | 669- |
| 認定番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 部 |  |
| 課／科 |  |
| Email |  |
| Phone |  |

* 細胞培養加工施設管理士　1名以上（※移行措置期間中は在籍なしでも可）

※複数の認定資格を持つ者を有する場合であっても、それぞれ定められた人数に重複して含めることはできません。。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 細胞培養加工施設管理士① | 会員番号 | 669- |
| 認定番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 部 |  |
| 課／科 |  |
| Email |  |
| Phone |  |

* 上級臨床培養士　1名以上　※複数の認定資格を持つ者を有する場合であっても、それぞれ定められた人数に重複して含めることはできません。。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 上級臨床培養士① | 会員番号 | 669- |
| 認定番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 部 |  |
| 課／科 |  |
| Email |  |
| Phone |  |

* 臨床培養士　3名以上（※移行措置期間中は1名以上でも可）

※複数の認定資格を持つ者を有する場合であっても、それぞれ定められた人数に重複して含めることはできません。。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 臨床培養士① | 会員番号 | 669- |
| 認定番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 部 |  |
| 課／科 |  |
| Email |  |
| Phone |  |
| 臨床培養士② | 会員番号 | 669- |
| 認定番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 部 |  |
| 課／科 |  |
| Email |  |
| Phone |  |
| 臨床培養士③ | 会員番号 | 669- |
| 認定番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 部 |  |
| 課／科 |  |
| Email |  |
| Phone |  |

|  |
| --- |
| 事務局確認欄 |
| 受付番号 |
| CF2024― |