

【新規】臨床培養士申請書類チェックリスト

| | |
|------|---------------------------------|
| 会員番号 | 669 — — |
| 氏名 | |

次の申請書類をすべて同封したことを確認しました。

| <input type="checkbox"/> | 新規01 申請書 | メモ |
|--------------------------|---------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 全ての項目に記載があるか | 会員登録情報をもとに通知・連絡を行います。 |
| <input type="checkbox"/> | 氏名の横に押印はあるか | |
| <input type="checkbox"/> | 会員登録情報は最新の情報になっているか | |
| <input type="checkbox"/> | 年会費は完納しているか | |

| <input type="checkbox"/> | 新規02 履歴書 | メモ |
|--------------------------|---------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | 氏名の横に押印はあるか | 証明写真は3か月以内のものに限ります。 |
| <input type="checkbox"/> | 証明写真は貼付されているか | |

| <input type="checkbox"/> | 新規03-1 証明書1 | メモ |
|--------------------------|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 全ての項目に記載があるか | ※ 03-1～4 のうち、いずれか1つを提出ください。 |
| <input type="checkbox"/> | 細胞培養加工施設の名称の横に押印 があるか | |
| <input type="checkbox"/> | 従事者欄に申請者の氏名が記載されているか | |
| <input type="checkbox"/> | 地方厚生局または厚生労働大臣に提出された再生医療等提供計画の写しが添付されているか | |

| <input type="checkbox"/> | 新規03-2 証明書2 | メモ |
|--------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 全ての項目に記載があるか | ※ 03-1～3 のうち、いずれか1つを提出ください。 |
| <input type="checkbox"/> | 所属機関の長の氏名の欄は自署または記名押印となっているか | |

| <input type="checkbox"/> | 新規03-3-1 抄録および表紙の写し | メモ |
|--------------------------|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 申請者を筆頭者とする再生医療等または再生医療等関連技術に関する学会発表の抄録集の当該抄録部分の写しであるか（電子抄録の場合は A 4 サイズの出力） | ※ 03-1～4 のうち、いずれか1つを提出ください。 |
| <input type="checkbox"/> | 他学会での学会発表の場合、再生医療等または再生医療等関連技術との関係性を説明した別紙を添付しているか | |

| | | |
|--------------------------|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 新規03-3-2 査読通過論文 | メモ |
| <input type="checkbox"/> | 申請者を筆頭者とする再生医療等または再生医療等関連技術に関する査読通過論文の別冊または写しであるか | ※ 03-1～4 のうち、いずれか1つを提出ください。 |
| <input type="checkbox"/> | 本会機関誌掲載論文ではない場合、該当論文と再生医療等または再生医療等関連技術との関係性を説明した別紙を添付しているか | |

| | | |
|--------------------------|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 新規03-4 教育訓練を受けた経験 | メモ |
| <input type="checkbox"/> | 山口大学大学院医学系研究科 保健学専攻 再生医療・細胞療法 コース：臨床培養士養成課程における1年次の単位修得を証する書類（成績証明書）であるか | ※ 03-1～4 のうち、いずれか1つを提出ください。 |

| | | |
|--------------------------|----------------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | 新規04 再生医療資格認定講習会受講証明書の写し | メモ |
| <input type="checkbox"/> | 2024年・2025 年いずれかの再生医療資格認定講習会の修了証 | |

| | | |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | 新規05 振込記録の写し | メモ |
| <input type="checkbox"/> | 認定審査料（の振込を証明する記録（振込時の振込依頼書控など）の写しが貼付されているか ・正会員：12,000円（税込） ・法人会員である企業に属する正会員：8,000円（税込） ・団体価格：8,000円（税込）／人 | ※団体価格とは、同じご所属先（CPC施設、講座、コース、研究室などの単位）の受験者5名以上が指定の書式にて申請する際、有効となります。 |
| <input type="checkbox"/> | 振込先口座に相違はないか 三井住友銀行（0009）／日本橋支店（695）／普通預金8280384 一般社団法人日本再生医療学会 ※本会では事業別に口座を分けておりますのでご注意ください | |

| | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | 新規06 筆記試験免除証明書（任意：対象者のみ） | メモ |
| <input type="checkbox"/> | 原本の写しであるか | ※申請条件等は免除にはなりません。 |
| <input type="checkbox"/> | 他の申請条件を満たしているか | |

※申請書類とともに本紙をご提出ください。