再生医療等提供計画における特定細胞加工物の製造に関する証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 会員番号 |  |
| 所属機関 |  | | |
| 計画の区分 | □ 研究／□ 治療 | 計画の種別 | □ 第　種／□ 製品 |
| 計画の名称 |  | | |
| 移植細胞等名称 |  | | |
| 担当役務 |  | | |
| 当該役務への従事期間 | 年　　月　　日 ～ 　　　　　年　　月　　日 | | |
| 再生医療等を行う医師又は歯科医師に関する事項 | 医師・歯科医師の区分 | * 医師 | * 歯科医師 |
| 氏名 |  | |
| 所属 |  | |
| 役職 |  | |
| 細胞培養加工施設 | 名称 |  | |
| 施設番号 |  | |
| 委託理由  ※該当時のみ記入 |  | |
| 所在地 |  | |
| 施設管理者 | （印） | |
| 従事者 |  | |

※自署の場合には、押印を省略することができます。

※別途、地方厚生局または厚生労働大臣にご提出された再生医療等提供計画原本の写しを添付してください。