業 務 実 積 報 告 書

（対象期間：2014年11月25日以降）

申請者名：　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 細胞培養加工施設の施設番号※１ | FC / FA | | | | |
| 製造業許可番号※１ |  | | | | |
| 細胞培養加工施設の名称 |  | | | | |
| 許可もしくは認定を受けた年月日  又は届出を行った年月日 |  | | | | |
| 実際に製造した特定細胞加工物もしくは再生医療等製品の名称（細胞の種類）と製造件数および提供件数※２ | 細胞加工物の名称 | 製造件数/提供件数 | | 区分 | 分類 |
|  | ／ | | 治療  研究  治験 | 第一種  第二種  第三種  再生医療等製品 |
|  | ／ | | 治療  研究  治験 | 第一種  第二種  第三種  再生医療等製品 |
|  | ／ | | 治療  研究  治験 | 第一種  第二種  第三種  再生医療等製品 |
| 1. 申請者の細胞培養加工施設での役職と業務内容※３ | 役　　職\*⁵： | | | | |
| 対象となる役職の従事期間： | | | | |
| 製造件数： | | 提供件数： | | |
| 業務内容\*⁶： | | | | |
| 1. 申請者の細胞培養加工施設での役職と業務内容※３ | 役　　職\*⁵： | | | | |
| 対象となる役職の従事期間： | | | | |
| 製造件数： | | 提供件数： | | |
| 業務内容\*⁶： | | | | |
| ※４上記報告書の内容に相違ありません。 従事しているもしくは従事していた該当細胞培養加工施設の上長の署名もしくは記名押印  ご所属・役職  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | |

※１　細胞培養加工施設の施設番号(FC/FAいずれかを〇)、製造業許可番号のいずれかを記載してください。

※２　製造件数と提供件数は、対象となる期間（2014年11月25日以降）において従事した役職別の件数を記載してください。

※３　細胞培養加工施設における申請者の役職、従事期間、ならびに業務内容を職責や承認権限の有無を含めて記載してください。対象期間中に複数の施設で業務に従事した場合でそれぞれにおける業務実績報告をされる場合は、一施設ごとに様式を分けて記載してください。 また同じ施設で複数の役職に就いていた場合は適宜欄を増やし記載してください。

※４　提出時に、報告内容を保証するために業務従事施設の上司の記名押印（署名の場合は押印不要）を要件とします。申請書類として、別途用意いただく、推薦状の推薦者と一致している必要はございません。

※５　再生医療等安全性確保法並びにGCTP省令に記載のある役職名以外の場合、その名称が明記される組織図を別途添付してください。

※6　必要に応じ枠の大きさを変更してください。