再生医療等審査依頼書

平成 年 月 日提出

宮崎大学医学部認定再生医療等委員会委員長 殿

（再生医療等提供機関管理者）

所　属：病院

職　名：病院長

氏　名：　　　　　　　　　　　 印

再生医療等の安全性の確保等に関する法律および同施行規則に基づき、下記再生医療等提供計画について宮崎大学医学部認定再生医療等委員会に審査を依頼いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 支援センター受付番号：R－\*\*\* | 計画番号：厚労省届出後に付与される番号 |
| 1. **審査区分：**

申請：□ 新規 ／ □ 変更 ／ □ その他（具体的に記載）報告：□ 定期 ／ □ 疾患等 ／ □ その他（具体的に記載）通知：□ 中止 ／ □ 軽微変更 ／ □ その他（具体的に記載） |
| 1. **治療･研究の区分：**

□ 治療 ／ □ 研究　( □ 単施設／ □ 多施設共同、UMIN-ID：　　　　　) |
| 1. **提供再生医療等の名称：**
 |
| 1. **主任治療担当者／主任研究者：**※ 医師または歯科医師であること

所属：　　　職名：　　　　　　氏名： |
| 1. **分担治療担当者／分担研究者：**※ 複数名いる場合は全員を記載して下さい
2. 所属：　　職名：　　　　　　氏名：
3. 所属：　　職名：　　　　　　氏名：
 |
| 1. **連絡担当者：**

所属：　　　　　　　職名：　　　　　　氏名：メールアドレス：　　　　　　　　　　　　　　　　　内線番号： |
| 1. **提供再生医療等の概要：**※ 項目ガイドを参考に200字程度で簡潔に記載して下さい
* (提供する再生医療技術)
* (対象とする患者(または被験者)の特性)
* (治療(または研究)の目的)
* (年間(または研究期間)における予定(または目標)症例数)
 |
| 1. **細胞加工物に関する情報**

□ 特定細胞加工物を使用（細胞培養加工施設の名称：）□ 再生医療等製品を使用（製品の名称：） |
| 1. **その他：**※ 多施設共同研究の場合は、下記に共同研究機関名を記載して下さい
 |
| 1. **臨床研究支援センター確認日：**平成　年　月　日
 |
| (臨床研究支援センター連絡欄) |
| 委員会承認日 | 平成　　年　　月　　日 | 厚生局受理日 | 平成　　年　　月　　日 |