（別紙様式1）

受付番号：

令和２年 　　月 　　日

国立大学法人弘前大学

認定再生医療等委員会委員長 殿

再生医療等を提供する　　　医療機関名：弘前大学医学部附属病院

管理者職名：病院長

氏名：大山　力

弘前大学認定再生医療等委員会審査依頼書

下記の課題の再生医療等提供計画について、再生医療等委員会の審査を依頼いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １．再生医療等の名称 |  |
| ２．申請区分 | □新規 □変更（受付番号： ）  □疾病等報告 □定期報告 |
| ３．研究としての有無 | □該当 □非該当 |
| ４．提供担当者連絡先 | 氏名：  所属・職名：  電話： |
| ５．事務担当者連絡先  ※必要に応じて記載 | 氏名：  所属・職名：  電話： |
| ６．備考 |  |