第3種再生医療等提供計画等の事前審査（再審査）について（依頼）

平成　　　年　　　月　　　日

岩手医科大学歯学部

　認定再生医療等委員会委員長　殿

　　　　　　　　　　　　　　再生医療等提供機関　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏　名

* 受付番号　第　　　　　号

計画概要

|  |  |
| --- | --- |
| 1．提供しようとする再生医療等の名称 |  |
| 2．治療・研究の区分 | □治療　　□研究 |
| 3．再生医療等の内容 |  |
| 4．再生医療等を行う歯科医師  　 又は医師 | 氏名：  所属・役職  TEL：  E-mail： |
| 5．統括責任者の氏名  （※共同研究の場合） | □上記と同じ |
| 6．事務担当者 | 担当部署：  担当者名：  E-mail：  TEL：  FAX： |