【審査申込Ver.1.0】2019.7.23

再生医療等提供計画審査申込書

西暦　　　　年　　月　　日提出

滋賀医科大学学長殿

|  |  |
| --- | --- |
| 再生医療等提供機関名： |  |
| 住所： |  |
| 管理者氏名： |  |

下記の研究計画について、滋賀医科大学特定認定再生医療等委員会へ審査等業務を委託いたします。

※　 受付番号　　　　　（事務局記入）

提供しようとする再生医療等の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 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．再生医療等の分類 | □第一種　　　　□第二種　　　　□第三種  判断理由： |
| 4．再生医療等の概要  (※150字以上200字以内) |  |
| 5．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  氏名：  所属・役職：  E-mail：  TEL： |
| 6．共同研究機関の有無 | □有　　□無 |
| 7．事務担当の連絡先 | 担当部署：  担当者名：  E-mail:  TEL/FAX： |
| 8．審査料の支払い　　資金源 | □学内予算（　　）  □共同研究経費（　　）  □受託研究経費（　　）  □寄付金（　　）  □省庁等の公的研究費（名称、研究番号：）  □企業・団体等からの研究助成金（　　）  □その他（具体的に：　） |