新旧対照表

作成日：○○年○○月○○日

|  |  |
| --- | --- |
| 提供しようとする再生医療等の名称 | ○○○○○○○○○○○○○○○○ |
| 再生医療等提供計画の計画番号 | ○○○○○○○○ |
| 特定認定再生医療等委員会 受付番号 | RM20○○-00○ |
| （その他の識別番号） | ○○○○○○○○ |

【書類名称○○○○○○○○】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 旧（変更前） | | 新（変更後）\*朱書き：変更部分 | | 変更理由 |
| 1 | （例）p30  10.1再生医療を提供する医師 | ○○○○、○○○○ | （例）p30  10.1再生医療を提供する医師 | ○○○○、○○○○、○○○ | （例）新規採用のため。 |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

【書類名称○○○○○○○○】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 旧（変更前） | | 新（変更後）\*朱書き：変更部分 | | 変更理由 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |