様式１－６（学内）

審査整理番号：RM

審査資料等に関する担当者について

特定認定再生医療等委員会事務局　御中

　　　年　　　月　　　日

実施責任者

所　属：

氏　名：

【審査書類の修正等について】

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| 氏名（複数名可） |  |
| 内線　or　院内PHS |  |
| 緊急連絡先※出張中等でもご連絡のつく電話番号等 |  |
| Email（複数名可） |  |