様式１－６（学外）

審査整理番号：RM

契約書及び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：

【契約書について】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供医療機関の名称 |  | | | | |
| 医療機関の管理者 | 役職名 |  | | 氏名 |  |
| 医療機関の所在地 | 〒 | | | | |
| 手続きの担当者 | 部署名 | |  | | |
| 氏名 | |  | | |
| 電話番号 | |  | | |
| Email | |  | | |

【審査書類の修正等について】

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| 氏名（複数名可） |  |
| 電話番号（直通） |  |
| 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） |  |

【意見書等の郵送先について】※特段の事情がない限り、実施責任者でお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |