西暦 ○○○○年○○月○○日

再生医療等分担医師リスト（□新規　□変更）

実施医療機関の長

〇〇〇〇〇〇〇　院長　殿

実施責任医師

○○　○○

下記の再生医療等において、下に示す者を責任医師・分担医師として業務を分担したく提出いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 課題名 |  |
| 課題略名 |  |

責任医師の氏名、所属又は職名及び分担業務の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 所属又は職名 | 分担業務の内容 |
|

|  |
| --- |
|  |

 |  | 　 |

分担医師の氏名、所属又は職名及び分担業務の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 所属又は職名 | 分担業務の内容 |
|

|  |
| --- |
|  |

 |  | □再生医療等業務全般 □( 　　　 　　 )  |
|  |  | □再生医療等業務全般 □( 　　　 　　 )  |
|  |  | □再生医療等業務全般 □( 　　　 　　 )  |
|  |  | □再生医療等業務全般 □( 　　　 　　 )  |
|  |  | □再生医療等業務全般 □( 　　　 　　 )  |
|  |  | □再生医療等業務全般 □( 　　　 　　 )  |
|  |  | □再生医療等業務全般 □( 　　　 　　 )  |
|  |  | □再生医療等業務全般 □( 　　　 　　 )  |
|  |  | □再生医療等業務全般 □( 　　　 　　 )  |
|  |  | □再生医療等業務全般 □( 　　　 　　 )  |
|  |  | □再生医療等業務全般 □( 　　　 　　 )  |
|  |  | □再生医療等業務全般 □( 　　　 　　 )  |
|  |  | □再生医療等業務全般 □( 　　　 　　 )  |

西暦 ○○○○年○○月○○日

上記の再生医療等において、責任医師及び分担医師のリストを了承いたします。

 実施医療機関の長

 〇〇〇〇〇〇〇