記入例（書式1）

ヒト細胞材料提供依頼書

申込日　　年　　月　　日

大阪大学医学部附属病院　未来医療開発部
未来医療センター　御中

下記の細胞を提供願います。提供にあたっては、書式 4
事項に同意し、遵守します。

助教以上の押印できる責任者の方の氏名・役職名等をご記入ください。

責任者　△△　△△	職名　特任助教
E-mail　〇〇〇〇@△△△△△△△△△	TEL　06-△△△△-×××××
機関名・部室課講座名等　××薬品株式会社 〇〇部　□□グループ	
住所　×××-□□□ 大阪府××市〇〇　△ - □□	
備考：(責任者と担当者が異なる場合は、担当者名、職名、E-mail.連絡先等をこちらへ御記載下さい。 担当者：〇〇　〇〇　職名：研究員　連絡先：E-mail、TEL	

実際に細胞を使用される方の氏名・職名・連絡先をご記入ください。

ご希望のドナーIDを選択願います

滑膜由来間葉系幹細胞			さい帯由来間葉系幹細胞
非臨床研究グレード	臨床研究グレード		非臨床研究グレード
☑ MB01-001	□ MB02-002	□ MB02B009	□ MB03-003
□ MB01-004	□ [illegible]		□ MB03-004
□ MB01-006	□ MB0[illegible]		□ MB03-005
□ MB01-007	□ MB0[illegible]		-
MTR記載欄			

希望するドナーIDの□にチェック✓を入れてください。

細胞株について特別のご希望があれば御記載下さい。
ただしご希望の条件に沿えない場合もありますので、ご了承ください。1 度に提供できる本数は各ロット1 本とさせて頂きます。

細胞株の条件等

倫理審査委員会の承認を受けた承認番号をご記入ください。写しを提出済の場合は☑をお願い致します。

倫理審査委員会承認番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□ 写しを提出済

研究課題名：

本施設の細胞を使用して行う研究課題名をご記入ください。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ すでにヒト細胞の使用に関する同意書を締結している場合は下記締結No.をご記載ください

「ヒト細胞の使用に関する同意書」　　締結 No.※＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

空欄のままで結構です。
（未来医療センター固有の締結No.を付与します。）