

【ヒト細胞の使用に関する同意書】締結依頼書

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

助教以上の押印できる責任者の方の氏名・役職名・ご連絡先をご記入ください。

| | |
|------------------------------------|------------------|
| 責任者 △△ △△ | 職名 室長/研究グループリーダー |
| E-mail ○○○○@△△△△△△△△ | TEL 06-△△△△-×××× |
| 機関名・部室課講座名等 ××薬品株式会社 ○○部 □□グループ | |
| 住所 ×××-□□□ 大阪府××市○○ △-□□ | |

ヒト細胞材料の利用を希望しますので、書式4「ヒト細胞の使用に関する同意書」の締結を申し込みます

記

1. 提供を依頼するにあたり、下記の研究課題名で所属機関の倫理審査委員会による承認をうけている

研究課題名： _____

倫理審査委員会の承認を受けた研究課題名をご記入ください。

研究実施期間： 年 月 日 ~ 年 月 日

2. 次の各項目について確認、承諾された場合は、チェックを入れて下さい

- 1.の「承認の写し」を MTR へ提出する
- 細胞の使用にあたり、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」、「再生医療等安全性確保法」、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」等必要な倫理指針、法律を遵守する
- 非臨床研究グレードの細胞はヒトに直接使用しない
- MTR ホームページ上において研究に関する概要（研究概要書：書式2<研究責任者氏名、所属機関、利用目的等含む>）を公開することを承諾する

非臨床研究グレードの細胞はヒトに投与できません。

当施設HPにおいて「[包括同意利用倫理審査承認課題一覧](#)」に公開します。

大阪大学医学部附属病院未来医療センター
セルバンク
TEL:06-6210-8289

受付日
受付 No.
同意書締結 No.