

(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

機 関 名 _____
責任者職名 _____
氏 名 _____ 印

下記の細胞を提供願います。提供にあたっては、別紙4「ヒト細胞の使用に関する同意書」記載事項に同意し、遵守します。

依頼担当者	職名
E-mail	
部室課講座名	
住所	
TEL	FAX

細胞種	ロット番号	備考 (MTR 記載欄)
滑膜由来間葉系幹細胞		

細胞株の条件等*

※ 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。また、各ロットの細胞を1度に提供できる本数は1本とさせていただきます。

「ヒト細胞の使用に関する同意書」 締結 No.* _____

※ すでにヒト細胞の使用に関する同意を締結している場合はご記載ください

倫理委員会承認番号： _____

研究課題名： _____