

(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「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。

責任者	職名
E-mail	TEL
機関名・部室課講座名等	
住所	
備考：(責任者と担当者が異なる場合は、担当者名、職名、連絡先等をこちらへご記載下さい。)	

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
<input type="checkbox"/> MB01-001	<input type="checkbox"/> MB02-002	<input type="checkbox"/> MB02B009	<input type="checkbox"/> MB03-003
<input type="checkbox"/> MB01-004	<input type="checkbox"/> MB02-004	-	<input type="checkbox"/> MB03-004
<input type="checkbox"/> MB01-006	<input type="checkbox"/> MB02B005	-	<input type="checkbox"/> MB03-005
<input type="checkbox"/> MB01-007	<input type="checkbox"/> MB02B007	-	-
MTR記載欄			

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本とさせていただきます。

細胞株の条件等

倫理審査委員会承認番号： _____ 写しを提出済

研究課題名： _____

※ 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.※ _____