

(別紙様式 16)

医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた 再生医療等製品の使用等の実施（変更）報告書

上記について報告します。
令和 年 月 日

（ 連絡先 担当者： 電話番号： ）	保険医療機関・ 保険薬局の 所在地及び名称 開設者名
--------------------------------	-------------------------------------

関東信越厚生局長 殿

（実施日・変更日 年 月 日）

1. 再生医療等製品

一般的名称	再生医療等製品の 販売名	効能、効果 又は性能	医薬品医療機器 等法の承認年月	患者からの 徴収額

2. 再生医療等製品管理室の整備状況

再生医療等製品 管理室	有 ・ 無
当該管理室における 常勤の担当者の 人数	名