（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

（医療機関コード：　　　　　　　　）

保険医療機関・

連絡先

担当者：

電話番号：

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 |