（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    |