

(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・
保険薬局の
所在地及び名称
開設者名

連絡先
担当者：
電話番号：

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