|  |
| --- |
| 申請番号（事務局記入） |
|  |

（様式１）

**東大医科研臍帯血・臍帯バンク**

**ヒト臍帯血・臍帯および臍帯血・臍帯由来細胞等提供依頼書**

西暦　　　年　　月　　日申込

東京大学医科学研究所附属病院

臍帯血・臍帯バンク(IMSUT CORD）御中

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込者 | 所　属 |  | |
| 職　名 |  | |
| 氏　名 |  | 印 |
| 〔研究責任者/研究分担者〕（※該当項目に○） | | |

　下記研究計画において東京大学医科学研究所 臍帯血・臍帯バンク（IMSUT CORD）の利用について、委員会で承認されましたので、検体提供について次のとおり申込みます。　　　　　　　　　　※**太枠内のみ**ご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．連絡先 | 研究責任者  ＊申込者が研究責任者と異なる場合は、以下の申込者欄も記載下さい | 施設名 |  | | | |
| 所　属 |  | | | |
| 住所 |  | | | |
| 職　名 |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 連絡先 | 内線： | FAX： | | e-mail： |
| 申込者 | 職名・氏名 |  |  | |  |
| 連絡先 | 内線： | FAX： | | e-mail： |
| ２．研究計画 | 課題名 |  | | | | |
| 倫理審査委員会承認状況 | 承認番号 | ※承認通知書の写しを添付してください。 | | | |
| 承認日 | 西暦 年 月 日（最新変更承認日：西暦　年　月　日）  　※変更申請を行っている場合は最新の承認日も記載して下さい。 | | | |
| 終了期限 | 西暦 年 月 日　変更された場合には更新してください。  （その他：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ３.　検体数 | 細胞種 | 健常児由来 | | | 疾患児 | |
| 臍帯由来間葉系細胞 | 本  （P1として、本程度） | | | 本  (疾患名；　　　　　　　　　 　) | |
| 凍結臍帯血 | 本 | | | 本  (疾患名；　　　　　　　　　 　) | |
| 備考 |  | | | | |
| ４．臍帯血・臍帯由来細胞の使用に関する同意書 | 締結Ｎｏ |  | | | | |
| 締結日 |  | | | | |
| 終了日  ・期限 |  | | | | |
| ５.臍帯血・臍帯バンク  運営委員会　審査 | | □承認、□条件付き承認、□却下、□その他(別紙に記す)  西暦　　　　　　年　　　　　月　　　　日  運営委員会委員長：署名 | | | | |