様式第一（第二十七条関係）（第四面）

（２）その他研究の実施体制に関する事項

事務担当者の連絡先 / Contact for Public Queries	氏名		
	Name		
	所属機関		
	Affiliation		
	所属部署		
	所属機関の郵便番号		
	所属機関の住所		
	Address		
	電話番号		
	FAX番号		
	電子メールアドレス		

再生医療等を行う医師又は歯科医師	医師・歯科医師の区分	□ 医師	□ 歯科医師
	氏名		
	e-Rad番号		
	所属機関・部署		

※複数該当がある場合は、上記の項目を複写して記載すること

統計解析担当機関		
統計解析担当責任者	氏名	
	e-Rad番号	
	所属機関・部署	

実施責任者・再生医療等の提供を行う医療機関の管理者以外の研究を総括する者	氏名		
	Name		
	e-Rad番号		
	所属機関		
	Affiliation		
	所属部署		
	Secondary Sponsorの該当性	□ 該当	□ 非該当

※複数該当がある場合は、上記の項目を複写して記載すること

様式第一（第二十七条関係）（第五面）

（３）多施設共同研究に関する事項

多施設共同研究の該当の有無			□ 有	□ 無
共同研究機関	名称			
	住所			
	電話番号			
	管理者の氏名			
	実施責任者の連絡先	氏名		
		Name		
		e-Rad番号		
		所属機関		
		Affiliation		
		所属部署		
		所属機関の郵便番号		
		所属機関の住所		
		電話番号		
		電子メールアドレス		
	事務担当者の連絡先	氏名		
		所属機関		
		所属部署		
		所属機関の郵便番号		
		所属機関の住所		
		電話番号		
		FAX番号		
		電子メールアドレス		
	再生医療等を行う医師又は歯科医師	氏名		
		所属機関・部署		
	救急医療に必要な施設又は設備（第一種再生医療等又は第二種再生医療等の提供を行う場合のみ必須）	自施設・他施設	□ 自施設	□ 他の医療機関
		救急医療に必要な施設又は設備の内容（他の医療機関の場合はその医療機関の名称及び施設又は設備の内容）		

※複数該当がある場合は、上記の項目を複写して記載すること