

(様式2)

再生医療及び細胞療法実施施設廃止届出兼受理書

届出日 20xx年xx月xx日

(一社) 動物再生医療推進協議会 届出運営委員会委員長 殿

犬及び猫における再生医療及び細胞療法の安全性確保に関する指針第6章第3届出により下記のとおり届出します。

◎廃止する施設

最終年度の受理番号		号
施設名	〇〇〇動物病院	
施設住所	〒xxx-xxxx 〇〇県〇〇〇〇〇	
実施責任者	氏名：〇〇〇〇	職名：院長（もしくは施設長）
	TEL：xxx-xxx-xxxx	FAX：xxx-xxx-xxxx
	E-mail：xxxxxx@xxxxxx.xx.xx	
廃止年月日	20xx年xx月xx日	

◎実施再生医療及び細胞療法

治療区分	最終年度の実施有無	
免疫細胞療法	活性化リンパ球療法	○
	樹状細胞療法	○
	その他（ ）	
間葉系幹細胞療法	培養した幹細胞の由来組織	自家 ○
	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input checked="" type="checkbox"/> 脂肪 <input type="checkbox"/> その他	他家 ○
ES細胞・iPS細胞・遺伝子改変細胞を用いた治療		
その他※（ ）		

※受精卵や造血幹細胞を用いた治療など特殊なもの。PRPや海綿骨移植は届出対象外につき記載不要。骨髄や脂肪組織から抽出・濃縮した細胞を非培養で用いる治療はこちらに記載のこと。その他の再生医療が複数ある場合は、下段に欄を増設して記入すること。

◎廃止時に残存した保管細胞の措置

残存保管細胞の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
有の場合の措置	オートクレーブで不活化措置

受理	20 年 月 日	印
----	----------	---