

様式第二十六(第八十四条関係)(裏面)

Form No.26(related to Article 84)(Reverse side)

施設管理者の氏名 Name of the manager of the cell processing facility		
調査手数料の金額 Fee of the examination		
連絡先 Contact information	担当部署 Department	
	電話番号 Telephone number	
	FAX番号 FAX number	
	電子メールアドレス E-mail address	
備考 Remarks		

(留意事項)

(Notes)

1 用紙の大きさは、A4とすること。

Use paper of Japanese Industrial Standards Size A4.

2 提出は、正本1通とすること。

Applicant should submit an original form.

3 各項目の記載欄にその記載事項の全てを記載する事ができないときには、同欄に「別紙のとおり。」と記載し、別紙を添付すること。

In case there is not enough space to fill in all the information in the column, write “See attached paper” in the column and attach another paper on which all the information is written.

4 再生医療等の安全性の確保等に関する法律施行令において定める手数料を機構の口座に払いこんだことを証する書類の写しを裏面に貼付すること。

Attach to the reverse of this form a copy of the document proving payment of the fee specified under the Cabinet Order on the Safety of Regenerative Medicine through a bank transfer to the account of the Pharmaceuticals and Medical Devices Agency.

5 これまでに機構による製造の認定に係る調査を受けたことがある場合には、「備考」欄に前回調査申請日及び結果通知日について記載すること。

If the applicant has previously been the subject of the examination for accreditation of foreign cell processor by the Pharmaceuticals and Medical Devices Agency, specify in the column of “Remarks” the date of the previous application and the notification date of the result.