

様式第一（第二十七条関係）（第九面）

疾病等の発生時における報告体制の内容		
再生医療等の提供終了後の措置の内容（疾病等の発生についての適当な期間の追跡調査、効果についての検証の内容）		
再生医療等を受ける者に関する情報の把握のための措置の内容		
実施状況の確認	監査の実施予定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	研究の進捗状況	症例登録開始予定日
		第1症例登録日
		進捗状況
		Recruitment Status
		主たる評価項目に係る研究結果
Summary Results (Primary Outcome Results)		

5 細胞提供者及び再生医療等を受ける者に対する健康被害の補償の方法

細胞提供者について		
補償の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
補償の内容（保険への加入等の具体的内容）		
再生医療等を受ける者について		
補償の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
補償の内容（保険への加入等の具体的内容）		

6 審査等業務を行う認定再生医療等委員会に関する事項

当該再生医療等について審査等業務を行う認定再生医療等委員会の名称	
Name of Certified Review Board	
認定再生医療等委員会の認定番号	
住所	
Address	
電話番号	
電子メールアドレス	
認定再生医療等委員会の委員の構成	<input type="checkbox"/> 第一種再生医療等又は第二種再生医療等を審査することができる構成 <input type="checkbox"/> 第三種再生医療等のみを審査することができる構成
認定再生医療等委員会による審査結果	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適
認定再生医療等委員会による意見書の発行日	