

重大な不適合報告書

年 月 日

{ 認定再生医療等委員会の名称 }

再生医療等提供機関 名 称

住 所

管理者（多施設共同研究
として実施する場合は代 氏 名
表管理者）

下記の再生医療等の提供において、以下のとおり重大な不適合が発生しましたので報告いたします。

記

1 基本情報

再生医療等提供計画の計画番号	
再生医療等の名称	

2 不適合の内容等

発生日時、発生場所、再生医療を受ける者の影響を含む (資料名（添付する場合）を併記)	不適合が発生した理由、再発防止策等

(留意事項)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 提出は、正本1通とすること。
- 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。