細胞保管委託契約意思確認書

アイル臍帯血ファミリーバンク　殿

私(甲)は、丙の臍帯血の保管委託契約を以下の通りとします。

記入日	20　　年　　月　　日

保管委託契約意思

☐ 更新 (更新される方:以下のいずれかにチェック)	☐ 解約 (解約される方:以下のいずれかにチェック)
期間　(料金)(注1) ☐ **1年**(金　　円(税抜) 税　　円) ☐ **10年**(金　　円(税抜) 税　　円)	☐ **廃棄** ☐ **研究への提供** (注2)(注4) ☐ **返還 (他施設への移管)** (注3)(注4)

注意事項

(注1) 税法の改正により消費税等の税率が変動した場合には、改正法以降における上記消費税等相当額は変動後の税率により計算致します。

(注2) 後日弊社から送付する研究利用に関する同意書を提出して頂く必要があります。また、状況により提供されず廃棄される場合もございます。あらかじめご了承下さい。

(注3) 医療機関もしくは厚生労働省やAABBなど専門機関の認証をうけた臍帯血保管施設への移管のみとなります。その際、弊社既定の「凍結細胞搬送依頼書」等の書類の提出が必要です。

(注4) 研究への提供、返還(他施設への移管)にチェックがない場合、廃棄とさせていただきます。

契約者番号		
委託者 (甲)	住所	〒　　－　　(都・道・府・県) (ふりがな)
	電話番号	(　　)-(　　)-(　　)
	氏名	(ふりがな) ㊞
細胞所有者 (丙)	氏名	(ふりがな)
特記事項		