

(別添5)

### 実施医療機関の一覧等

告示番号	
医療技術名	
申請医療機関名	

年 月 日現在

整理番号	協力医療機関名	先進医療承認日	承認機関が試験実施計画を承認した直近(最新)の年月日	所在する都道府県	住所	備考
1						
2						
3						