様式第一（第二十七条関係）（第三面）

２　人員及び構造設備その他の施設等

（１）人員及び構造設備その他の施設に関する事項

実施責任者の連絡先 / Contact for Scientific Queries	医師・歯科医師の区分	□　医師	□　歯科医師
	氏名		
	Name		
	e-Rad番号		
	所属機関		
	Affiliation		
	所属部署		
	所属機関の郵便番号		
	所属機関の住所		
	Address		
	電話番号		
	電子メールアドレス		
救急医療に必要な施設又は設備（第一種再生医療等又は第二種再生医療等の提供を行う場合のみ必須）	自施設・他施設	□　自施設	□　他の医療機関
	救急医療に必要な施設又は設備の内容（他の医療機関の場合はその医療機関の名称及び施設又は設備の内容）		