様式第一（第二十七条関係）（第五面）

（３）多施設共同研究に関する事項

多施設共同研究の該当の有無			□ 有	□ 無
共同研究機関	名称			
	住所			
	電話番号			
	管理者の氏名			
	実施責任者の連絡先	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		
		電話番号		
		電子メールアドレス		
	事務担当者の連絡先	氏名		
		所属機関		
		所属部署		
		所属機関の郵便番号		
		所属機関の住所		
		電話番号		
		FAX番号		
		電子メールアドレス		
	再生医療等を行う医師又は歯科医師	氏名		
		所属機関・部署		
	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）		

※複数該当がある場合は、上記の項目を複写して記載すること