（様式１－４）

ヒトＥＳ細胞使用申請書（追加・再分配用）

令和　　年　　月　　日

京都大学医生物学研究所　御中

下記のとおりヒトＥＳ細胞の使用（追加・再分配）を申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 使用機関の名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 使　　用責 任 者 | 所 属 |  |
| 氏 名 |  |
|  使用計画の名称 |  |
|  契約書締結日 |  令和 年 月 日 |
|  使用する細胞株 |  |
| 分配元機関の名称 |  |
| 所　　在　　地  |  郵便番号　　　－　　　　 　　　　　　　　担当者 職・氏名： 　　　　　　　　電話番号：　　 内線（　　　） 　　　　　　　　Fax： 　　　　  　　　　　　　　E-mail：  |

|  |
| --- |
|  |

下記宛に送付して下さい。 　　　　　　　　　　　　　　　（京大医生研記入欄）

 （受理日：　　　年　　月　　日）

 （受付番号：　　　　　　　　　）

（送付先）

京都大学医生物学研究所

附属ヒトＥＳ細胞研究センター 臨床基盤分野

E-mail：esinfo@infront.kyoto-u.ac.jp