

歯髄細胞登録保管申込書

株式会社再生医療推進機構 宛

(太枠内のみ記入してください)

契約NO.	(弊社記入欄)						
保管容器NO.	(弊社記入欄)						
ヤマト運送付状NO	【クール便】			(歯科医療施設記入欄)			
フリガナ			生年月日	年 月 日			
委託者			続柄				
フリガナ			生年月日	年 月 日			
歯髄所有者 (委託者と異なる場合記入)			性別	男 ・ 女			
自宅住所	〒						
	(マンション名・ビル名もご記入ください)						
TEL			FAX			携帯	
E mail アドレス							
希望連絡方法	TEL	FAX	携帯電話	E-mail			
お支払い方法	現金一括	クレジット(当社 HP より)	研究用細胞提供	同意する	同意しない		
家族情報 (任意)	氏名	年齢	続柄	氏名	年齢	続柄	
臍帯血バンクへの登録の有無	有 ・ 無						
歯科医療施設:			受診予定日:	年	月	日	予約未済 予約済 希望
CL 記 入 欄	歯牙搬送容器NO:		施設名:				
	医師名:		初診日: 年 月 日				
	抜歯日時: 年 月 日 (時 分)		抜歯箇所:				
	歯髄の状態:		特記事項:				
	乳歯残数: 本	智歯残数: 本	発送日: 年 月 日				
弊 社 記 入 欄	細胞保管施設: 鶴見大学附属病院・その他 ()		二次保管施設: 当社提携医療施設・その他 ()				
	契約登録日: 年 月 日 (担当:)		保管日: 年 月 日 (担当:)				
	細胞保管施設受理日: 年 月 日 (担当:)		保管通知日: 年 月 日 (担当:)				
	契約満了日: 年 月 日		バーコード添付				
特記事項:							
細胞二次保管施設記入	歯髄細胞保管番地:						

個人情報については、個人情報保護法に関する法律、鶴見大学歯学部ならびに株式会社再生医療推進機構の個人情報守秘義務規約に則り、歯髄細胞の登録保管及び利用の目的に使用します。関連施設である歯科医療施設・細胞保管施設・細胞二次保管施設以外の第三者に断りなく開示することはありません。

株式会社再生医療推進機構 ACTE Ltd. 〒103-0026東京都中央区日本橋兜町11-2-1002 お申込み専用FAX: 045-584-8935