



歯髄細胞バンク® 歯髄細胞登録保管申込書

株式会社 セルテクノロジー 宛

1 歯髄細胞の登録保管を希望される方は、下記必要事項をご記入の上、認定歯科施設にご提出ください。

●委託者(歯髄所有者の保護者等)

氏名	フリガナ
生年月日	年 月 日
歯髄所有者との続柄	

●歯髄所有者(委託者と同一の場合は性別のみ記入)

氏名	フリガナ
生年月日	年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

住所	フリガナ	TEL	
	〒	FAX	
	※マンション名・ビル名もご記入ください。		
E-mail		支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> クレジット
		ご希望連絡方法	<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> E-mail

下記内容をご確認いただき該当する項目に をしてください。
 抜去歯返却を希望 自宅宛へ抜去歯搬送容器発送を希望 希望抜歯施設 当社提携歯科施設 かかりつけ歯科施設 自宅での自然脱落

◆個人情報については、個人情報保護法に関する法律、株式会社 セルテクノロジーの個人情報保護指針に則り、歯髄細胞の登録保管に限った目的に使用します。歯科医療施設・細胞一次保管施設・細胞二次保管施設など当社と提携している施設以外の第三者に断りなく本情報を開示することはありません。

2 歯科クリニック記入欄 A (申込み受付時にご記入ください)

施設名		担当医師名	
住所	〒	E-mail	
TEL:		FAX:	
		抜歯予定	年 月 日

3 03-6228-7831 へFAXしてください。

FAX送信日 年 月 日

4 歯科クリニック記入欄 B (抜歯日にご記入ください)

抜歯日時	年 月 日 (時 分)	初診日	年 月 日
抜歯箇所		乳歯残数	本 智歯残数 本
歯髄の状態			
特記事項			

ヤマト運輸クール宅急便お問合せ伝票 No.	-	-	発送日	年 月 日
抜去歯搬送容器 No.	※発送までは冷蔵保管をお願いします。			

5 03-6228-7831 へFAXしてください。

FAX送信日 年 月 日

6 同梱物確認欄に をしていただき、抜去歯搬送封筒にて発送してください。

 抜去歯 歯髄細胞登録保管申込書(本紙) 歯髄細胞登録保管に関する同意書

ヤマト運輸 集荷依頼 TEL 0120-01-9625

●株式会社セルテクノロジー記入欄

細胞一次保管施設:		細胞保管日:	年 月 日
細胞二次保管施設:		保管通知日:	年 月 日
抜去歯受理日:	年 月 日	保管容器 No.:	
契約登録日:	年 月 日	契約 No.:	

●細胞一次保管施設記入(歯髄細胞保管番地)

●細胞二次保管施設記入(歯髄細胞保管番地)

バーコード添付