



申請書式 1

受付 No.

↑事務局にて記入

新規 更新

\*申請するほうに○

日本組織移植学会 理事長 島崎修次 殿

当施設は日本組織移植学会が認定する

(組織バンクカテゴリーII) の審査を申請いたします

フリガナ

組織バンク名

フリガナ

バンク代表者 所属・職名

フリガナ

氏名

所在地 〒 \_\_\_\_\_

都道府県

フリガナ

バンク担当者 所属・職名

フリガナ

氏名

担当者連絡先 電話

FAX

E-mail

申請書式 2

|  |                        |      |      |
|--|------------------------|------|------|
| 組織バンク名   |                        |      |      |
| _____  |                        |      |      |
| バンク代表者 所属・職名   |                        |      |      |
| _____  |                        |      |      |
| 氏名   |                        |      |      |
| _____  |                        |      |      |
| バンク開設時期  |                        |      |      |
| 西暦 _____ 年 _____ 月   |                        |      |      |
| 過去5年間の<br>活動状況<br>(過去5年に活動が<br>ない場合には、それ以<br>前の活動状況を記入<br>のこと) |                        | 提供者数 | 移植者数 |
|  | 年                      |      |      |
|  | 年                      |      |      |
|  | 年                      |      |      |
|  | 年                      |      |      |
| 学会員数   | _____ 名                |      |      |
| 訪問審査希望時期   | _____ 年 _____ 月ごろ希望します |      |      |

申請書式1～2に記入の上、下記まで郵送願います。

**送付先 日本組織移植学会 理事長あて**

〒464-0821

名古屋市千種区末盛通2-4

特定非営利活動法人メリジャパン内

E-mail：jstt@hachiya.or.jp

本申請書に記入しました個人情報は、個人情報保護法に基づき、安全かつ適正に管理致します。