



受付 No.

↑事務局にて記入

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（羊膜バンク）暫定審査（平成 27 年 3 月 31 日まで）】を申請致します。

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 3 年間の先進医療の実施状況（過去 3 年に活動がない場合には、それ以前の活動状況を記入のこと）		提供者数	移植者数
	年		
	年		
	年		
日本組織移植学会員数	名		
日本角膜学会／日本角膜移植学会における術者トレーニングを受けた人数	名		
必要な要件	平成 26 年 3 月 31 日まで、先進医療を取得していませんか。 <u>（先進医療取得通知書を添付すること）</u>		（はい／いいえ）
	日本組織移植学会「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守していますか。 <u>（学内倫理委員会等に提出された、ドナースクリーニングの要項等を添付すること）</u>		（はい／いいえ）
	日本角膜学会からの羊膜取扱い施設としての推薦をうけていますか？		（はい／いいえ）
	認定バンク(カテゴリー I / II)申請はしていますか？あるいは予定時期を記載		（はい／いいえ） ( 年 月)

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

◎申請書式 1～2 にご記入頂き、所定の添付書類を同封の上、以下の通り日本角膜学会へ郵送願います。日本組織移植学会にて受理後、審査料を 10 万円請求させていただきます。

**送付先 1. 羊膜バンクは日本角膜学会事務局へ送付**

〒567-0047

茨木市美穂ヶ丘 3-6 山本ビル 302 号室

Email : folia@hcn.zaq.ne.jp

**2. 推薦が得られた場合には日本角膜学会より以下へ転送**

**3. 日本組織移植学会 理事長宛て**

〒169-0072

東京都新宿区大久保 2-4-12 新宿ラムダックスビル 9F

株式会社春恒社 学会事業部

E-mail : jstt@shunkosha.com