



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 北村惣一郎殿

当施設は、日本組織移植学会が認定する組織バンク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**

〒181 - 8611

東京都三鷹市新川6 - 20 - 2 杏林大学組織移植センター内

TEL : 0422 - 40 - 7227

FAX : 0422 - 40 - 7226

E-mail : [jsttsg@kyorin-u.ac.jp](mailto:jsttsg@kyorin-u.ac.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。 |
|---|