（様式１－２）

ヒトＥＳ細胞分配申請書（追加・再分配用）

令和　　年　　月　　日

京都大学医生物学研究所　御中

下記のとおりヒトＥＳ細胞の追加・再分配を申請いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 使用機関の名称 | |  |
| 代表者氏名 | |  |
| 使　　用  責 任 者 | 所 属 |  |
| 氏 名 |  |
| 使用計画の名称 | |  |
| 契約書締結日 | | 令和 年 月 日 |
| 再分配を求める  細胞株 | |  |
| 所　　在　　地 | | 郵便番号　　　－  　　　　　　　　担当者 職・氏名：  　　　　　　　　電話番号：　　 内線（　　　）  　　　　　　　　Fax：  　　　　　　　　E-mail： |

|  |
| --- |
|  |

下記宛に送付して下さい。 　　　　　　　　　　　　　　　（京大医生研記入欄）

（受理日：　　　年　　月　　日）

（受付番号：　　　　　　　　　）

（送付先）

京都大学医生物学研究所

附属ヒトＥＳ細胞研究センター 臨床基盤分野

E-mail：esinfo@infront.kyoto-u.ac.jp