



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 木下 茂 殿

当施設は、日本組織移植学会が認定する【組織バンク
Category I】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

構成員

代表者

氏名..... 職種..... 所属..... 役職.....

メディカルダイレクター

氏名..... 職種..... 所属..... 役職..... 従事年数.....年
 学会...会員(学会員番号.....):非会員 認定資格の有無...有・無... 認定番号.....
 専門医資格.....

コーディネーター

氏名..... 職種..... 所属..... 従事年数.....年
 学会...会員(学会員番号.....):非会員 認定資格の有無...有・無... 認定番号.....

情報管理者

氏名..... 職種..... 所属..... 従事年数.....年
 学会...会員(学会員番号.....):非会員..

バンク開設時期

西暦 年 月

過去5年間の 活動状況 (過去5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		
	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

住所：〒103-8335 東京都港区芝 3-23-1 セレスティン芝三井ビルディング 12階
(株) JTB コミュニケーションデザイン ミーティング&イベント第一事業局内

E-mail : jstt@jtbcom.co.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。
