

(様式1-2)

ヒトES細胞分配申請書(再分配用)

平成 年 月 日

京都大学再生医科学研究所 御中

下記のとおりヒトES細胞の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	印
使用計画の名称		
同意書締結日	平成 年 月 日	
再分配を求める 細胞株		
所在地	郵便番号 ー 担当者 職・氏名 : 電話番号 : 内線 () Fax : E-mail :	

(注)

締結済みの同意書(写)を添付して下さい。

下記宛に郵送して下さい。

住所〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町5-3
京都大学再生医科学研究所
幹細胞研究部門 胚性幹細胞研究分野
(問合せ先)
電話 : 075-751-3821
Fax : 075-751-3890
E-mail : esinfo@frontier.kyoto-u.ac.jp

(京大再生研記入欄)

(受付日 : 年 月 日)

(受付番号 :)