

인체세포등 처리계획서

보고기관	기관 명칭		기관지정 등록번호	
	소재지		우편번호	
	대표자 성명		전화번호	
	전자우편주소		지정취소 연월일	

첨단재생의료 실시 및 인 체세포등에 관한 정보	실시제목				
	실시승인번호				
	실시책임자	성명		전화번호	
	세포처리시설 명칭				
	세포처리시설 허가번호				
	세포제조번호				
	세포제조일				
	생산 총량 및 공급량				
	해당 기관 보유량				
	이관량/폐기량				
	그 밖의 사항				

인체 세포등 처리 계획	인체세포등 처리 분류	보관 / 이관 / 폐기 / 그 밖의 처리	
	처리기관 및 처리량 등	기관(또는 장소) 명칭	
		소재지	
		처리량	
		처리방법	
		그 밖의 사항	
	시작일 및 종료일	처리 시작일	
	처리 종료일		

「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제10조제7항 및 「첨단재생의료 안전 및 지원에 관한 규칙」 제6조제1항에 따라 위와 같이 인체세포등의 처리·보관 등에 관한 사항을 보고합니다.

대표자 (서명 또는 인) _____ 년 월 일
 담당자 (서명 또는 인) _____

보건복지부장관 귀하

첨부서류	「첨단재생의료 안전 및 지원에 관한 규칙」 제3조제3항에 따른 첨단재생의료실시기관 지정서
------	---