

정보공개 요청서

※ 해당되는 []에 √ 표시를 하고, 색상이 어두운 난은 요청인이 작성하지 않습니다.

접수번호	접수일	처리기간	60일
요청인	성명		
	주소		전화번호
	실시대상자와의 관계 [] 본인 [] 대리인		
	대리인이 요청하는 사유 [] 아동 [] 그 밖의 사유(구체적으로 작성)		
해당 첨단재생 의료 실시	첨단재생의료 실시의 제목		
	실시책임자		
열람 및 사본 발급 신청 내용	[] 첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 심의위원회 심의 및 식품의약품안전처장의 승인에 관한 사항		
	[] 첨단재생의료 실시의 제공 및 동의에 관한 사항		
	[] 실시대상자의 개인정보 수집·이용 및 제공에 관한 사항		
	[] 해당 첨단재생의료 실시 결과 등에 관한 사항		

「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제10조제8항 및 「첨단재생의료의 안전 및 지원에 관한 규칙」 제7조제1항에 따라 정보공개를 요청합니다.

년 월 일

요청인 (서명 또는 인)

첨단재생의료실시기관의 장 귀하

첨부서류	1. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제11조제1항 및 제11조의2제1항에 따른 동의서 사본 1부 등 첨단재생의료 실시대상자임을 증명할 수 있는 서류 2. 요청인이 대리인인 경우에는 실시대상자와의 관계를 증명할 수 있는 서류	수수료 없음
------	---	-----------