■ 첨단재생의료실시기관 지정 및 세포처리업무 관련 준수사항 등에 관한 규정 [별지 제3호서식] <개정 2025. 8. 21.>

재생의료기관의 자체 세포처리 시 현황

시설 현황	
인체세포등 자체 처리 관련 시설	**구획 구분 여부**
채취실	예 [ ] 아니오 [ ]
인체세포등 처리실	예 [ ] 아니오 [ ]

장비 현황					
자체처리 관련 장비	설치장소	용도	수량	제조회사	비고
인체세포등 처리에 필요한 장비(무균작업대, 원심분리기 등)					
시설 · 장비의 오염 방지 및 온도 · 습도 유지 장치					
기타					

인력 현황			
인체세포등 처리담당자	담당자:		
세포처리업무 기록 담당자	담당자:	정보관리자 겸임 여부	예 [ ] 아니오 [ ]
연락처 (행정업무담당)	담당자 : 전화번호 : 팩스번호 : 이메일 :		

첨부서류	「첨단재생의료 실시의료기관 지정에 관한 규정」 제8조에 따른 시설 · 장비 · 인력 등을 갖추었음을 확인할 수 있는 서류(각 시설 · 장비 목록에 대한 설명과 실증자료, 도면 등을 포함한다)

작성방법

○ 해당사항이 없는 경우 '해당없음'으로 기입하고, 내용이 많은 경우 별지로 첨부

210㎜×297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]