受付番号

**様式06\_Ver.220915**

**iPS細胞ストック使用終了報告書**

（西暦）　　　　年　　月　　日

京都大学iPS細胞研究財団業務執行理事　宛

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者  （代表機関） | 機関名 |  |
| 所属・職名 |  |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  |

下記の課題における使用状況を以下のとおり報告いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　所属・職名：  電話：　　　　　　　　　　　　　　　Email： |
| 1. 課題名 |  |
| 1. 受付番号 |  |
| 1. 承認年月日 | （西暦）　　　　年　　月　　日 |
| 1. 使用期間 | （西暦）　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 1. 期間中の問題点の有無 | □　有　　／　□　無 |
| 『有』の場合は以下をご記入ください。   * + 1. その内容：     2. その対応： |
| 1. 研究終了後の試料・情報の取り扱い（分担機関も含む） | 研究計画書に記載されている終了時の細胞の取り扱いに遵守している  □　はい　／　□　いいえ |
| 『いいえ』の場合は以下に理由をご記入ください。  理由： |
| 1. 分化細胞等の提供先（本申請の共同研究先以外） | □　有　　／　□　無 |
| 『有』の場合は以下をご記入ください。  提供先機関名：  試料・情報の内容：  提供理由： |
| 1. iPS細胞ストックを使用しての研究結果の概要 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| EmailまたはFaxでご提出ください。  Email :ips-stock-shinsa@cira-foundation.or.jp | （事務局記入欄）  （受付日：　　　年　　月　　日）  （受付担当者名 : 　　　　　　） |