

医療機関用お問い合わせフォーム

◇再生医療ポータルデータベースに関する修正のご依頼は、こちらの『医療機関用お問い合わせ フォーム (PDF)』を印刷し、必要事項をご入力の上、『support.saiseiryu@jsrm.jp』へPDF添付にてご送信ください。

◇ご連絡頂いた修正依頼の内容については、本会にてデータベースへの反映の必要性を判断した上で、随時対応させていただきます。

◇入力内容に不備がある場合、修正以外の質問、健康相談等については、一切受け付けておりません。何卒よろしくお願い申し上げます。

お名前（漢字）※	
お名前（カナ）※	
医療機関名※	
ご住所※	
電話番号※	
メールアドレス※	
お問い合わせ種別※	<input type="checkbox"/> 診療科 <input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> 治療法 <input type="checkbox"/> 部位 <input type="checkbox"/> その他
お問い合わせ内容※ 具体的に記入ください 例) 診療科変更希望 現在：皮膚科に分類されているが、美容外科で行っている。診療科について、美容外科への変更を希望。	※注意：「提供機関の名称」「都道府県・住所」「管理者の氏名」「再生医療等の名称」「認定再生医療等委員会の名称」「治療・研究の区分」「再生医療等を受ける者に対する説明文書及び同意文書の様式」については、厚生労働省に届け出されたものであるため、再生医療ポータルでは修正できません。