

권고서식

[제10호 서식]

잔여난자 제공 실적 대장					
배아생성의료기관 지정번호					
배아생성의료기관 명칭					
보고대상기간			년 1월 1일 - 년 12월 31일		
일련 번호	제공년월일	제공한 잔여난자		제공받은 체세포복제배아(단성생식 배아)연구기관 명칭 및 등록번호	배아연구계획 승인번호
		제공량	관리번호		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
년 월 일 관련사항 작성자 (서명 또는 인) 배아생성의료기관 기관장 (서명 또는 인) 보건복지부장관 귀하					