

医療機関情報確認票（血液センター用）

1.	医療機関名称	
2.	住 所	
3.	電 話 番 号	
4.	F A X 番 号	
5.	供給施設名称	
6.	納品伝票番号	
7.	納品年月日	
8.	<p>許可証の写しその他の資料提示確認欄</p> <p>確認書類名称 1 :</p> <p>確認書類を特定できる事項 1 :</p> <p>確認書類名称 2 :</p> <p>確認書類を特定できる事項 2 :</p> <p>確認書類名称 3 :</p> <p>確認書類を特定できる事項 3 :</p> <p>確認年月日 : 年 月 日 時 分</p> <p>確 認 者 :</p>	