

# 栃木県赤十字血液センター

## 血液製剤発注システム利用登録申請書

年 月 日

日本赤十字社 あて

申請者氏名 \_\_\_\_\_

血液製剤発注システムを利用いたしたく、以下のとおり利用登録を申請いたします。

医療機関名称	
所属部門名称	
フリガナ	
利用者氏名	
電話番号	
メールアドレス	

※電話番号欄には、血液製剤の受発注連絡時に使用する電話番号をご記入下さい。  
※メールアドレス欄には、血液製剤発注システムからのメールを受信するアドレスをご記入ください。

日本赤十字社記入欄

処理日	ユーザーID	血液センター名称	血液センター担当者氏名
		栃木県赤十字血液センター	