

指定抗原陰性血液発注票

(希望)納品日	年	月	日(曜日)
医療機関コード	_____		
医療機関名	_____		
届 場 所	_____		
発注担当部署・発注者名	_____		
TEL			内線
FAX			

受付 No. : _____

受注日時 : _____年 _____月 _____日 _____ :

受 注 者 : _____

受 注 入 力 者 : _____

受注入力確認者 : _____

発注問合せ先 : 宮城県赤十字血液センター

供給課 : TEL 022 (290) 2520

FAX 022 (777) 6301

血液製剤名		血液型		本数	指 定 抗 原 型	(希望)出庫便名	受注番号
照射区分	製剤名(略号)・規格	ABO	Rh				
照射 ・ 未照射					E(-)・c̄(-)・e(-)・C(-)・Le(a-) その他 ()	1.定期便(午前・午後) 2.定期便以外 3.緊 急	
特記事項							

※ 太枠内のみ記入して下さい。

※ 緊急を指定した場合は、状況等の確認が必要なため、FAX 送信後必ず電話にて連絡して下さい。