**指定抗原陰性血液発注票**

**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：**

**(希望)納品日　　 年　 　月　 　日(　 曜日)**

**医療機関ｺｰﾄﾞ**

**発注担当部署･発注者名**

**発注問合せ先 ：宮城県赤十字血液センター**

**学術情報･供給課 ：TEL　022 ( 290 ) 2520**

**：FAX　022 ( 777 ) 6301**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TEL 　　-　　-** | **内線** |  |
| **FAX 　　-　　-** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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(-)・(-)・ｅ(-)・Ｃ(-)・Le(ａ-)**  **その他（　　　　　　　　　　　　）** | 1.定時便（午前・午後）  2.臨時便  3.緊急便 |  |
| 特記事項 | | | | | | | |

* 太枠内のみ記入して下さい。
* 臨時便、緊急便をご希望の場合は、**事前に電話連絡の上**、FAX送信をお願いいたします。状況等の確認や納品時間のご相談をさせていただきます。