

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 04- _____			
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
 学術情報・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。