

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・登米供給出張所

TEL 0220 (22) 2898

FAX 0220 (22) 8166

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。