

## 血液製剤供給依頼書 兼医療機関登録申請書（新規・変更）

### 【医療機関記入欄】

フリガナ	
医療機関名 <small>注1</small>	

血液製剤発注 担当電話番号	( ) ( ) <small>内線</small>	血液製剤発注 担当FAX番号	( )																								
郵便番号	—																										
住所	宮城県																										
設立主体 <small>注2</small>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">01. 厚生労働省</td> <td style="width: 25%;">09. 北海道社会事業協会</td> <td style="width: 25%;">17. 国民健康保険組合</td> </tr> <tr> <td>02. 文部科学省</td> <td>10. 厚生連</td> <td>18. 公益法人</td> </tr> <tr> <td>03. 労働福祉事業団</td> <td>11. 国民健康保険団体連合</td> <td>19. 医療法人</td> </tr> <tr> <td>04. 国その他</td> <td>12. 全国社会保険協会連合</td> <td>20. 学校法人</td> </tr> <tr> <td>05. 都道府県</td> <td>13. 厚生団</td> <td>21. 会社</td> </tr> <tr> <td>06. 市町村</td> <td>14. 船員保険会</td> <td>22. その他の法人</td> </tr> <tr> <td>07. 日赤</td> <td>15. 健康保険組合</td> <td>23. 個人</td> </tr> <tr> <td>08. 済生会</td> <td>16. 共済組合</td> <td></td> </tr> </table>			01. 厚生労働省	09. 北海道社会事業協会	17. 国民健康保険組合	02. 文部科学省	10. 厚生連	18. 公益法人	03. 労働福祉事業団	11. 国民健康保険団体連合	19. 医療法人	04. 国その他	12. 全国社会保険協会連合	20. 学校法人	05. 都道府県	13. 厚生団	21. 会社	06. 市町村	14. 船員保険会	22. その他の法人	07. 日赤	15. 健康保険組合	23. 個人	08. 済生会	16. 共済組合	
01. 厚生労働省	09. 北海道社会事業協会	17. 国民健康保険組合																									
02. 文部科学省	10. 厚生連	18. 公益法人																									
03. 労働福祉事業団	11. 国民健康保険団体連合	19. 医療法人																									
04. 国その他	12. 全国社会保険協会連合	20. 学校法人																									
05. 都道府県	13. 厚生団	21. 会社																									
06. 市町村	14. 船員保険会	22. その他の法人																									
07. 日赤	15. 健康保険組合	23. 個人																									
08. 済生会	16. 共済組合																										

血液管理部署		届場所 <small>注3</small>	
輸血療法委員会	あり・なし	責任医師名	
血液保管庫	専用保冷庫	赤血球 あり・なし	血漿 あり・なし
	自記温度記録計	あり・なし	あり・なし
	血小板振盪機	あり・なし	あり・なし

記入年月日	平成 年 月 日	記入者名	
-------	----------	------	--

注1) 名称は、「〇〇法人」、「〇〇会」等を含めた正式名称で記入して下さい。

注2) 該当する番号を丸で囲ってください

注3) 届け場所が血液管理部署と異なる場合、また夜間・休日に届け場所が変わる場合に記入下さい。

### 【血液センター記入欄】

医療機関コード	04—		
処理年月日	平成 年 月 日	有効開始年月日	平成 年 月 日
備考			

処理者名	
------	--

## 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 様

医療機関名称

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		
電話番号		
フリガナ		
利用者氏名		
権限	管理	一般
氏名の自動表示	有	無

※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。

※権限欄は、希望する権限に○を付して下さい。

※氏名の自動表示欄は、自動表示を希望する場合は「有」、希望しない場合は「無」に○を付して下さい。

私は血液製剤発注システムを利用するにあたり、血液製剤発注システム利用規約を遵守することを誓約致します。

利用者署名： \_\_\_\_\_ 印

確認者（管理ユーザー）署名： \_\_\_\_\_ 印

※所属する医療機関において初回の管理ユーザー登録申請の場合は、申請者が自署して下さい。

日本赤十字社記入欄

登録日	ユーザーID	申請先施設名称	登録担当者氏名

# 血液製剤発注システム ユーザーID・パスワード交付書

平成 年 月 日

\_\_\_\_\_病院

\_\_\_\_\_様

宮城県赤十字血液センター・\_\_\_\_\_

連絡者名 \_\_\_\_\_

血液製剤発注システムに、以下のとおり利用登録しましたので、お知らせいたします。

医療機関名称		
所属部門名称		
フリガナ		
利用者氏名		
権限	管理	一般
氏名の自動表示	有	無
ユーザーID	別添のとおり	
初期パスワード*	別添のとおり	

※初回ログイン時にパスワードを変更するよう、お願いいたします。

血液製剤発注システム URL <https://www.nisseki-ketsueki.jp>

## 血液製剤発注システム利用登録変更申請書

年 月 日

日本赤十字社 様

医療機関名称

申請者氏名

血液製剤発注システムへの登録内容につきまして、以下のとおり変更を申請いたします。

利用者氏名	
ユーザーID	

変更箇所	変更前	変更後
所属部署名		
フリガナ		
利用者氏名		
権 限		
氏名の自動表示		

※該当する変更箇所の変更前及び変更後欄に、それぞれ変更前後の内容を記載してください。

利用者署名： \_\_\_\_\_ 印

確認者（管理ユーザー）署名： \_\_\_\_\_ 印

日本赤十字社記入欄

登録日	ユーザーID	申請先施設名称	登録担当者氏名

## 血液製剤発注システム利用登録解除申請書

年 月 日

日本赤十字社 様

医療機関名称

申請者氏名

血液製剤発注システムへの以下の登録につきまして、登録解除を申請いたします。

フリガナ	
利用者氏名	
ユーザーID	

利用者署名：印

確認者（管理ユーザー）署名：印

日本赤十字社記入欄

登録日	ユーザーID	申請先施設名称	登録担当者氏名

## 血液製剤発注システムパスワード初期化申請書

年 月 日

日本赤十字社 様

医療機関名称

申請者氏名

血液製剤発注システムへの以下の登録につきまして、パスワードの初期化を申請いたします。

フリガナ	
利用者氏名	
ユーザーID	

利用者署名：印

確認者（管理ユーザー）署名：印

日本赤十字社記入欄

登録日	ユーザーID	申請先施設名称	登録担当者氏名