

## FAX用血液製剤発注票（web不通時用）

医療機関コード		医療機関名		
発注者		発注日時	年 月 日	連絡先 (TEL)

納品日	年 月 日	配送便(時間)	緊急・早朝・AM・PM・夜間
納品場所		受注番号	

No.	製剤名称	血液型	本数
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

抗原陰性血液 まれな血液型					

CMV (-)	
---------	--

備考	
----	--

(参考) FAX用血液製剤発注票 (web不通時用)

医療機関コード		医療機関名			
発注者		発注日時	年 月 日	連絡先 (TEL)	
納品日	年 月 日		配送便(時間)	緊急・早朝・AM・PM・夜間	
納品場所			受注番号		
No.	製剤名称		血液型	本数	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
抗原陰性血液 まれな血液型					
CMV (-)					
備考	<p>必要事項 (赤枠内) をご記入の上、以下 までFAXしてください。 FAX送信時、必ず電話連絡をお願いします。</p> <p>TEL : 0 5 9 - 2 2 9 - 3 5 8 3 FAX : 0 5 9 - 2 2 9 - 2 7 6 5</p>				