

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	様		
発注者		発注月日	年 月 日	連絡先 (TEL)	- -

納品日	年 月 日	配送便(時間)	午前・午後・定時外・緊急・夜間
納品場所		受注番号 (センター記入欄)	

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

抗原陰性血 まれな血液型					
CMV (-)					

備考	
----	--

外観確認結果	外観確認年月日時	外観確認者
	年 月 日 :	
	梱包年月日時	梱包担当者
	年 月 日 :	
梱包確認結果	梱包確認年月日時	梱包確認者
	年 月 日 :	