

年 月 日

PC-HLA クロスマッチ用検体送付書

日本赤十字社東海北陸ブロック血液センター

検査課御中

病院 科

担当医師名

(担当者:)

Tel:

FAX:

記

【検体及び患者情報】

検体採血日	年 月 日
患者名	
生年月日	年 月 日