

혈액제제 운송 및 수령 확인서						
공급혈액원		명 칭				
		주 소				
		혈액원장 성명				
		전화번호			팩스번호	
		담당부서				
운송방법		☐ 혈액원 직접운송 ☐ 의료기관 직접수령		☐ 위탁운송(버스, 택배) ☐ 기타()		
운송기관(업체)		명 칭				
		전화번호			팩스번호	
수령의료기관		명 칭				
		주 소				
		전화번호			팩스번호	
혈액제제 공급내역						
일련 번호	혈액번호	혈액제제명	혈액용량	혈액형	공급가격(원)	비고
「혈액관리법」 제9조 및 동법 시행규칙 제12조제3호에 따라 혈액제제의 운송·수령사실을 확인합니다.						
출고일시 : 년 월 일 시 분						
수령일시 : 년 월 일 시 분						
혈액원 담당자 :						(서명 또는 인)
운송자 :						(서명 또는 인)
의료기관 수령자 :						(서명 또는 인)