

[별지 제9호서식] <개정 2005.1.29>

기 관 명

수신자 :

(경유)

제 목 : 특정수혈부작용 발생현황 보고

「혈액관리법」 제10조제1항 및 동법 시행규칙 제13조제2항의 규정에 의하여 다음과 같이 특정수혈부작용 발생현황을 보고합니다.

일련 번호	수혈부작용 접수일시 (연.월.일)	부작용종류	의료기관명	발 생 일 시 (연.월.일)	비 고
	. . .			. . .	
	. . .			. . .	
	. . .			. . .	
	. . .			. . .	
	. . .			. . .	
	. . .			. . .	
	. . .			. . .	
	. . .			. . .	
	. . .			. . .	
	. . .			. . .	
	. . .			. . .	
	. . .			. . .	
	. . .			. . .	
	. . .			. . .	
	. . .			. . .	
	. . .			. . .	
	. . .			. . .	
	. . .			. . .	
	. . .			. . .	

붙임 : 각 특정수혈부작용에 대하여 별지 제8호서식 사본 1부. 끝.

보고기관의 장 인

기안자(직위/직급) 서명 검토자(직위/직급) 서명 결재자(직위/직급) 서명

협조자(직위/직급) 서명

시행 처리과-일련번호(시행일자) 접수 처리과명-일련번호(접수일자)

우 주소 /홈페이지 주소

전화() 전송() /공무원의 공식 전자우편주소/공개구분

210mm×297mm(일반용지 60g/m²(재활용품))