기증제대혈 공급 신고서

공급받은 기관	제대혈이식 의료기관명			
	주 소			
	담당자 성명		연락처	
제대혈 공급 은행	명칭(허가번호)			
	제대혈 공급량 (단위: Unit)			
	공급일			

「제대혈 관리 및 연구에 관한 법률」 제26조제3항 및 같은 법 시행규칙 제17조제3항에 따라 위와 같이 신고합니다.

년 월 일

○○○ 의료기관장 직인

○○○ 제대혈정보센터의 장 귀하