

안전성 검사 결과 보고 및 채혈금지대상자 해제 요청서

(앞 쪽)

요청 혈액원	혈액원 명칭			
	주소			
	작성자 소속 및 이름			
	연락처	(전화번호)	(팩스번호)	
헌혈자	이름		전화번호	
	주민등록번호			
	주소			

안전성 검사 결과

검사항목		검사결과	검사일	해제가능 여부 (※대한적십자사가 기재합니다)
B형간염 바이러스 (HBV)	B형간염표면항원 (HBsAg) 검사			
	B형간염핵심항체 (Anti-HBc) 검사			
	B형간염바이러스(HBV) 핵산증폭검사[중합효소 연쇄반응(PCR) 포함]			
C형간염 바이러스 (HCV)	C형간염바이러스(HCV) 항체 검사			
	C형간염바이러스(HCV) 핵산증폭검사[중합효소 연쇄반응(PCR) 포함]			
사람T세포 림프구 바이러스 (HTLV) 검사	사람T세포림프구 바이러스(HTLV) I형/II형 항체 검사			
사람면역 결핍바이러스 (HIV)	사람면역결핍바이러스 (HIV) 항체 검사			
	사람면역결핍바이러스 (HIV) 핵산증폭검사 [중합효소연쇄반응 (PCR) 포함]			

「혈액관리법」 제7조의2제3항 및 같은 법 시행규칙 제7조의2제3항에 따라 위와 같이 안전성 검사 실시 결과를 보고하고, 채혈금지대상자 해제를 요청합니다.

년 월 일

혈 액 원 장

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	검사결과 사본	수수료 없음
------	---------	--------

210mm×297mm[일반용지 60g/㎡(재활용품)]

처리절차

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

