

혈액제제 운송 및 수령 확인서						
공급혈액원	명 칭					
	주 소					
	혈액원장 성명					
	전화번호		팩스번호			
	담당부서					
운송방법		☐ 혈액원 직접운송 ☐ 위탁운송(버스, 택배) ☐ 의료기관 직접수령 ☐ 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)						