

제대혈 채취 동의서

기증자 (위탁자)	성명		주민등록번호
	주소		
	연락처	전화번호	휴대전화번호

제대혈 채취(예정) 의료기관	의료기관명칭		
	소재지		
	연락처	전화번호	휴대전화번호

본인은 「제대혈 관리 및 연구에 관한 법률」 제7조에 따라 제대혈 기증 및 위탁에 동의하였고, 같은 법 제8조 제3항에 따라 의료인으로부터 제대혈 채취방법과 유의사항 등에 관하여 충분한 설명을 들었으며, 제대혈 채취에 동의합니다.

년 월 일

기증자(위탁자)

(서명 또는 인)

〇〇〇 의료기관의 장 귀하