

제대혈 공급 요청서 [ ]국내  
[ ]국외

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 않습니다.

(앞 쪽)

|      |     |      |    |
|------|-----|------|----|
| 접수번호 | 접수일 | 처리기간 | 7일 |
|------|-----|------|----|

1. 제대혈 정보

|                   |  |                  |
|-------------------|--|------------------|
| 공급 요청 제대혈은행명      |  | ([ ] 국내 [ ] 국외 ) |
| 공급 요청 제대혈<br>고유번호 |  |                  |

2. 이식받는 사람 정보

|          |  |          |  |
|----------|--|----------|--|
| 성명       |  | 생년월일(성별) |  |
| 주소       |  |          |  |
| 진단명(진단일) |  | 현재 상태    |  |
| 치료과정     |  |          |  |
| 체중       |  | 혈액형      |  |

|          |                                                          |  |       |  |       |  |      |  |      |  |
|----------|----------------------------------------------------------|--|-------|--|-------|--|------|--|------|--|
| HLA Type | HLA-A                                                    |  | HLA-B |  | HLA-C |  | DRB1 |  | DQB1 |  |
|          |                                                          |  |       |  |       |  |      |  |      |  |
|          | *가능한 경우, 고해상도 대립형질 수준(high resolution allele level)까지 포함 |  |       |  |       |  |      |  |      |  |

|                         |      |                        |   |   |            |  |  |  |  |  |
|-------------------------|------|------------------------|---|---|------------|--|--|--|--|--|
| 과거 이식 여부<br>(□ 예 □ 아니요) | 이식방법 | [ ] 말초혈 [ ] 골수 [ ] 제대혈 |   |   |            |  |  |  |  |  |
|                         |      | [ ] 자가 [ ] 혈연 [ ] 비혈연  |   |   |            |  |  |  |  |  |
|                         | 이식일: | 년                      | 월 | 일 | 제대혈이식의료기관: |  |  |  |  |  |

3. 이식기관 정보

|       |       |                     |  |
|-------|-------|---------------------|--|
| 기관명   |       |                     |  |
| 주치의   |       | 코디네이터               |  |
| 소재지   | ( - ) |                     |  |
| 전화번호  |       | 팩스번호                |  |
| 공급 장소 |       | 공급 요청일시<br>(이식 예정일) |  |

「제대혈 관리 및 연구에 관한 법률」 제27조 및 제28조, 같은 법 시행령 제17조제1항 및 제18조제1항에 따라 위와 같이 요청합니다.

년 월 일

담당의사

(서명 또는 인)

〇〇〇 제대혈은행의 장  
제대혈정보센터의 장

귀하

|      |    |            |
|------|----|------------|
| 구비서류 | 없음 | 수수료<br>없 음 |
|------|----|------------|

처리 절차

