

取扱厳重注意

## 骨髄バンクドナー登録申込書

私は、骨髄バンク登録のしおり「チャンス」をよく読み、以下  
1.～8.の項目の内容について十分理解し、了解しました。  
私の健康状態は良好でありますので、骨髄バンクドナーとして  
登録いたします。

1. 登録者としての要件について  
(年齢・体重・健康状態・提供内容の理解)
2. 日本骨髄バンク事業を担う各機関と役割について
3. 検査と検査検体の取り扱いについて  
(HLA検査に遺伝子検査を用いることおよび検査終了後の検査用血液  
(血液・DNA試料)の取り扱いについて)
4. 骨髄データセンターへの登録について
5. 登録情報の取り扱いについて
6. 登録確認書の送付について
7. 登録後の連絡について
8. 登録の保留・取り消しについて

平成 年 月 日

ご署名

### 後日登録手続きを行われる方へ(お願い)

- 1.出来るだけ速やかな(本申込書受領後3ヵ月以内を目途に)登録手続きをお願いします。
- 2.必ず最寄りの登録窓口へ献血会場と時間の確認をお願いします。
- 3.献血会場にご来場の際には必ずこの申込書をご持参ください。
- 4.この申込書の再発行はいたしません。

骨髄バンクに関するご質問は(財)骨髄移植推進財団

フリーダイヤル 0120-445-445 ホームページ <http://www.jmdp.or.jp/>

登録 番号	<input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	検査番号ラベル貼付
採血 年月日	平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	

太線枠内をご記入ください

ふりがな	(姓)	(名)							
氏名	(姓)	(名)							
生年 月日	昭和	年	月	日	年齢	才	性別	男・女	
身長	cm	体重	kg	血液型	(ABO式)	型	(Rh式)	+	-
住 所	〒			—		都道府県			
	ふりがな								
	区 郡 市								
	アパート・マンション名								
電 話	(自宅)			(携帯)					
	( )			( )					
メール	(Eメールアドレス)								

#### 受付担当者使用欄

登録会場区分 (○で囲む)	1.骨髄データセンター・血液センター・献血ルーム(赤十字固定) _____							
	2.献血バス・オープン献血会場(赤十字臨時) _____							
担当者(印)	3.保健所(固定窓口) _____							
	4.集団登録受付説明会(単独・献血併行・事業所内診療所・保健所)							
	主催団体名 _____				(行政)・骨髄移植推進財団			
	受付会場名 _____							
	5.全国献血会場ドナー登録 地方自治体 ・ 骨髄移植推進財団							
	受付	採血指図医師	採血担当者	登録	インターネット OP:			No.

#### 説明員使用欄 ※後日受付場所に来所される場合に使用

説明員名(印)	上記骨髄バンクドナー登録希望者は、登録要件を満たし、登録にかかる説明を受けたことを確認しました。							
	平成 年 月 日				説明員No.( ) _____ 印			