

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、骨髄提供希望者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・骨髄提供の内容の理解)
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.必ず最寄りの血液センター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"/>	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) 十・一
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.献血ルーム・血液センター(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.全国献血会場骨髄ドナー登録 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)	上記骨髄提供登録希望者は、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