

2013年4月1日

非血縁者間骨髄移植・採取認定施設
医事課ご担当者様

公益財団法人 骨髄移植推進財団

移植施設医事課宛「採取施設決定のお知らせ」郵送開始について

拝啓

日頃より骨髄バンク事業にご理解、ご協力を賜り関係者一同、心より感謝申し上げます。

さて、移植日が決定した際、当財団より移植担当医師宛に「採取施設決定のお知らせ」を FAX でお送りし採取施設情報をお知らせしておりますが、医事課ご担当者になかなかその情報が伝わらない、採取施設医事課の方が移植施設の連絡先がわからないなど不都合が生じているといったご意見が相次ぎました。

そこでこの度、移植施設と採取施設の医事課ご担当者間において、覚書の取り交わし等の連絡が速やかに行われるよう、「採取施設決定のお知らせ」（別添①、②）を移植施設医事課 骨髄バンクご担当者様宛に郵便でお送りすることにいたしましたので、ご案内申し上げます。ご質問、ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

今後ともご高配のほどよろしくお願い申し上げます。

敬具

<お願い>

移植日が決まり次第、郵便にてお送りしますので、速やかに採取施設にお知らせくださいますようお願いいたします。ただし、現在連絡が速やかに取り合えている施設におかれましては、今回の書式をご利用いただく必要はなく、現行のまま運用いただいても結構です。

<本件に関するお問合せ先>

骨髄移植推進財団 移植調整部
TEL : 03-5280-4771
e-mail : jmdpishoku@jmdp.or.jp

(採取施設名)

医事課 骨髄バンクご担当者様

※この用紙を院内の医事課 ご担当者様にお渡しください。

年 月 日

非血縁者間骨髄等採取・移植に関するお知らせ
(移植施設 医事課担当者連絡票)

この度、当院で非血縁者間骨髄等移植予定の患者につきまして、貴院でドナーの採取をお願いすることとなりました。

■採取予定日 20XX 年 XX月 XX日 (X)

■ドナー I D XX-XXXXX

■患者 I D 000XXXXX

つきましては、費用請求および支払いに関する覚書の取り交わし等について、下記担当者より改めてご連絡申し上げます。

移植施設

(移植施設名)

医事担当 部署名 _____

担当者 氏名 _____

E-mail _____

TEL _____ FAX _____