

太線枠内をご記入ください

登録番号	□□—□□□□□□□□		検査番号ラベル貼付					
採血年月日	平成□□年□□月□□日							
献血者コード	□□—□□□□□□□□							
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							
電話	(自宅)		(携帯)					
	()		()					
Eメール アドレス	(フリガナ)※							
	※アドレスは誤読のないよう、大きくはっきりとご記入ください。 ハイフン"-"やアンダーバー"_"、数字の"0(ゼロ)"やアルファベットの"o(オー)"などはフリガナをご記入ください。				骨髄バンクニュース発行のメールによるお知らせ <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			

受付担当者使用欄

登録会場区分 (○で囲む)	1.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)・日本骨髄バンク		
	受付会場名 _____				
説明員使用欄	5.全国献血会場ドナー登録 地方自治体 ・ 日本骨髄バンク				
	受付	採血指図医師	採血担当者	登録	地域センター名

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

骨髄バンクドナー登録のしかた

- パンフレット「チャンス」をよくお読みください。
ご質問等ございましたら、日本骨髄バンク(03-5280-1789)へお問い合わせください。
- 骨髄バンクについてご理解いただけましたら、「骨髄バンクドナー登録申込書」の内容をお読みいただき、必要事項を記入のうえ、ご署名をお願いいたします。
- 最寄りの登録窓口へ「骨髄バンクドナー登録申込書」を持参してください。
- 登録窓口で2mLの採血を行い、登録の受け付けが完了します。

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.~9.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。

- 登録者としての要件について (裏表紙)
(年齢・体重・健康状態・提供内容の理解)
- 骨髄バンク事業を担う各機関と役割について (P.3-4)
- 検査と検査検体の取り扱いについて (P.13)
(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)
- 登録情報の管理について (P.4)
- 登録確認書の送付について (P.5)
- 登録情報の取り扱いについて (P.5)
※再生医療用iPS細胞ストックへの協力のために、個人情報を使用して日本赤十字社から案内文書を送付させていただくことがあることを了承していただけませんか。
 はい いいえ
- 献血者情報の利用について
- 登録後の連絡について
- 登録の保留・取り消しについて

・チェック
・署名を忘れずに
(日付は記入日)

平成 29 年 4 月 1 日

ご署名 骨髄花子

後日登録手続きを行われる方へ(お願い)

- 出来るだけ速やかな(本申込書受領後3ヵ月以内を目的に)登録手続きをお願いします。
- 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。
- 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。
- 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(公財)日本骨髄バンク
TEL 03-5280-1789(資料請求・問い合わせ専用) ホームページ <http://www.jmdp.or.jp/>

登録窓口へお越しいただくときのご注意

- 献血ルーム等(日本赤十字社)は、特に土・日・祝日の場合は混み合うため、受付時間・状況を電話で確認することをお勧めします。また、献血者の方と同様に、混雑時にはお待ちいただくこともありますので、なるべく時間の余裕をもってお出かけください。
- 保健所(自治体)は、受付曜日や時間帯が限られている場合がありますので、前もって直接電話でご確認ください。

メールによるお知らせのご注意

- このお知らせは骨髄バンクメールマガジンとは異なります。骨髄バンクニュース発行のメールによるお知らせは7月と12月の年2回となります。
- メールを受信制限をされている場合は、@bmdc.jrc.or.jp の許可をお願い致します。
- フリーメールアドレス等ではメールが届かない場合がありますので、その際には別のメールアドレスでお試してください。

太線枠内をご記入ください

登録番号	□□-□□□□□□□□		検査番号ラベル貼付		
採血年月日	平成 □□年 □□月 □□日				
献血者コード	□□-□□□□□□□□				
フリガナ(姓)	こつ すい	(名)	はなこ		
氏名	骨 髄 通		花 子		
生年月日	昭和 59年 3月 3日	年齢	32才	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
身長	160 cm	体重	54 kg	血液型	ABO式) A型 Rh式) <input checked="" type="radio"/> + <input type="radio"/> -
	〒 101 - 0054	都道府県	東京都		
住所	千代田 市 神田錦町3丁目19番1号				
	アパート・マンション名 廣瀬第1マンション 702号				
電話	(自宅) 03 (5280) 8111	(携帯)	090 (8649) 8234		
Eメール	フリガナ) * ハイファン hanako-kotsuzui@jmdp.or.jp				
アドレス	*アドレスは誤読のないよう、大さくはつきりとご記入ください。 ハイファン) *やアンダーバー) *、数字の0(ゼロ)やアルファベットのo(オー)などはフリガナをご記入ください。				
骨髄バンクニュース発行のメールによるお知らせ	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				
受付担当者使用欄					
登録会場区分(○で囲む)	1.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) 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)・日本骨髄バンク 受付会場名 _____ 5.全国献血会場ドナー登録 地方自治体 ・ 日本骨髄バンク 受付 採血指図医師 採血担当者 登録 地域センター名				
担当者(印)					
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)	平成 年 月 日				
説明員No.()	印				

フリガナ

取扱嚴重注意

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.~9.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。

- 登録者としての要件について (裏表紙)
(年齢・体重・健康状態・提供内容の理解)
- 骨髄バンク事業を担う各機関と役割について (P.3-4)
- 検査と検査検体の取り扱いについて (P.13)
(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)
- 登録情報の管理について (P.4)
- 登録確認書の送付について (P.5)
- 登録情報の取り扱いについて (P.5)
※再生医療用iPS細胞ストックへの協力のために、個人情報を使用して日本赤十字社から案内文書を送付させていただくことがあることを承していただけませんか。
 はい いいえ
- 献血者情報の利用について (P.5)
- 登録後の連絡について (P.5・P.22)
- 登録の保留・取り消しについて (P.22)

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)

- 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。
- 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。
- 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。
- 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(公財)日本骨髄バンク
ドナーバンク
TEL 03-5280-1789(資料請求・問い合わせ専用) ホームページ <http://www.jmdp.or.jp/>