

조직이식결과기록지

조직을 이식 받은 자	성 명		생 년 월 일	
	주 소		전 화 번 호	
조직 고유번호	<input type="checkbox"/> 뼈(Bone): <input type="checkbox"/> 연골(Cartilage): <input type="checkbox"/> 근막(Fascia): <input type="checkbox"/> 피부(Skin): 차트 라벨 부착 <input type="checkbox"/> 양막(Amnion): <input type="checkbox"/> 인대(Ligament): <input type="checkbox"/> 건(Tendon):			
조직을 이식한 의사	성 명	전 문 과 목	이식한 조직	이 식 일 시
추가 기재사항				
<p>인체조직안전 및 관리 등에 관한 법률 제19조제2항 및 같은 법 규칙 제18조2항의 규정에 의하여 위와 같이 기록하고 통보합니다.</p> <p style="text-align: center;"> 년 월 일</p> <p style="text-align: center;">(이식의료기관) 인</p> <p style="text-align: center;">주식회사 엠에스바이오 조직은행장 귀하</p> <p style="text-align: center;">TEL. 070-4943-8330, FAX. 031-776-3381</p>				