返還票

羊膜の払い出しを受けましたが、移植に用いなかった組織がありますので、返還します。

返還する羊膜組織の Tissue ID：＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿
（例：TDC もしくは IUHW　26－01－01）

返還する羊膜収容容器数：＿＿＿個

使用しなかった理由(該当項目にチェック☑してください)

☐手術の中止
☐手術時の判断
☐医学的に不潔になったため
☐その他　(具体的にお書きください)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

返還発送日　：　　年　　月　　日
施設名　　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
記入者　　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

羊膜バンク使用欄
電話連絡受信日：＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日
返還羊膜受取日：＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日