

기증제대혈은행 또는 가족제대혈은행의 허가에 관한 자료

성명 (법인명)	주민(법인) 등록번호	주소	전화번호	제대혈은행			의료책임자 성명	허가번호	허가일자
				명칭	대표	소재지			