

平成 年 月 日

岡山県赤十字血液センター 所長 あて

団体名 _____

代表者 _____

血液センター見学研修の申込みについて

希望日時

平成 年 月 日() : ~ :

予定人数

_____ 名(定員50名)

希望見学内容 (基本 : 2時間のコース)

- 献血について講演
- 血液センター施設の見学
- 献血の実体験
- その他

担当者氏名

連絡先

TEL _____

※今回、お預かりいたしました個人情報は、法令に定めのある場合やご本人が同意している場合を除き、目的外に利用すること及び第三者に提供することはありません。

※事前に電話で日程調整のうえ下記宛にFAXかメールにてお申込み下さい。

岡山県赤十字血液センター 企画課

TEL:086-256-6568

FAX:086-254-2471 メール:kikaku@okayama.bc.jrc.or.jp