

見学申込書

年 月 日

ふりがな だんたいめい 氏名（団体名）	※団体の場合は、連絡先となる代表者のお名前もご記入下さい。	
人数	人	
職種または学部・学科	※医療関係団体及び医療系学生の方のみご記入ください。	
住所（所在地）	〒	
代表者連絡先	電話	
	ファックス	
	E-Mail	
希望日	年 月 日（ ） ※土日祝日、5/1(創立記念日)及び年末年始の見学は、原則としてお受けしておりません。	
希望時間	: ~ : ※受入時間帯は9:00~17:30とさせていただきます。 所要時間は1時間程度となります。	
見学目的		
施設見学にあたっての 質問事項		
血液事業の普及・推進のため、施設見学の様子を九州ブロック血液センターホームページへ掲載してよろしいですか？	はい ・ いいえ	

お申し込みにあたって

「施設見学の申し込み」をご確認の上、見学申込書にご記入をいただき、下記まで郵送、ファックスまたはEメールにてご連絡下さい。

連絡先

〒839-0801

福岡県久留米市宮ノ陣3丁目4番12号

日本赤十字社九州ブロック血液センター総務企画課

電話：0942-31-8901

ファックス：0942-31-8911

Eメール：kikaku@qc.bbc.jrc.or.jp