献血セミナー申込書

年　　　月　　　日

鹿児島県赤十字血液センター所長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所 在 地 |  |
| 申請者 | 団 体 名 |  |
|  | 代表者名 |  |

下記のとおり献血セミナーを申込いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施内容 | 希望日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 時間 | 時　　　分　　～　　　　　時　　　分 |
| 場所 |  |
| 予定人数 | 大人　　　　人　　　　　子供　　　　人 |
| 内容 | 特に要望がある場合はご記載ください。 |
| 担当者 | 氏名 |  |
| 電話番号 |  |

ご不明な点は鹿児島県赤十字血液センターまでお問い合わせください。

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－

（血液センター記入欄）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 |  | 担当者 |  |
| 派遣職員 |  | | |
| 備考 |  | | |

献血セミナー申込みにかかる留意事項

申込について

* 実施希望日の１カ月前までに、お申し込みください。  
  ※派遣職員の調整が必要となりますので、実施日程の変更をお願いする場合があります。

実施内容について

* 実施時間（15分～60分程度）を目安として、事前にセミナー内容を確認いたします。

必要な資材等について

下記の資機材をご準備ください。

ご準備が難しい場合はご連絡ください（派遣職員が持参します）。

* （スライド等を使用する場合）スクリーン、プロジェクター、  
  コードリール
* （スライド等を使用する場合）電源の確保をお願いします。

下記の教材は血液センターでご準備いたします。

* 愛のかたち献血（一般用、小中学生用）、鹿児島県赤十字  
  血液センターの事業年報、その他献血セミナーで使用する冊子等
* （スライド等を使用する場合）パソコン

お問い合わせ先

鹿児島県赤十字血液センター　献血推進課

〒890-0064　　鹿児島県鹿児島市鴨池新町１番５号

℡　099-257-3141（代表）　　FAX　099-257-3144