

# 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しいたします。

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

TEL 099-257-3141（代表） FAX 099-257-3144