

(FAX : 082-241-1511)

申込日 年 月 日

日本赤十字社
中四国ブロック血液センター総務企画課 あて

見学申込票

所属名 : _____

代表者 : _____

| | |
|---------------------|------------------|
| 日 時 | 平成 年 月 日 () |
| 時 間 | 午前 ~ 午前 午後 午後 |
| 見 学 目 的 | |
| 見学予定人数 | |
| 担 当 者 (事 務 局) | |
| 連 絡 先 | |
| 当日来所される方の 携帯電話番号 | |
| 備 考: | |

※センター職員記入

総務企画課確認欄

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

連絡先:

〒730-0052

広島県広島市中区千田町2丁目5-5

日本赤十字社中四国ブロック血液センター 総務企画課

TEL:082-241-1311

FAX:082-241-1511