献血セミナー申込書

広島県赤十字血液センター

献血推進課　宛

|  |  |
| --- | --- |
| 希望開催日時 | 　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：　　 |
| 開催場所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 　（例〇年△組教室、体育館など） |
| (ふりがな) |  |
| 学校・団体名 |  |
| 学校・団体住所 | 〒 |
|  |
| ご連絡先 | TEL FAX |
| E-mail |
| ご担当者 |  |
| 参加人数（概数） | 　　　　　名 |
| 受講対象 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　（例：〇年生 児童） |
| 内容のご希望ご希望の内容に☑ください(複数可) | * スライド：講演
 |
| * ＤＶＤ視聴
 |
| * 献血パネル展示（最大10枚）　　枚
 |
| 血液センター準備物※準備の必要な物にチェックをお願いします | □プロジェクター　　□スクリーン　　□パソコン□コード類　　□音声設備(スピーカー・マイク等)その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【お問い合わせ・お申込み先】

広島県赤十字血液センター　献血推進課

TEL：082-241-1248　　FAX：082-245-8971　(平日8：30～17:00)