

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○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：○年生 児童)
内容のご希望 ご希望の内容に☑ください (複数可)	<input type="checkbox"/> スライド：講演
	<input type="checkbox"/> DVD視聴
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> コード類 <input type="checkbox"/> 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)