

献血セミナー申込書 (FAX 専用)

島根県赤十字血液センター

献血推進課 宛て

(ふりがな)	
学校名・団体名	
担当者名	
住所	〒 -
連絡先	() -
希望開催日 (時期)	
希望開催時間	時間 分
希望メニュー ※複数選択可	<input type="checkbox"/> スライド学習 (約 30 分) <input type="checkbox"/> DVD 視聴 (輸血を必要とした患者さんの実話を通して学ぶ) <input type="checkbox"/> DVD 貸出 <input type="checkbox"/> その他 ()
参加人数 (概数)	
開催場所	例) 視聴覚室、体育館など
その他 (連絡事項等)	

【お問い合わせ・お申込み先】

島根県赤十字血液センター献血推進課

(土・日・祝除く 8:30~17:00)

連絡先 : 0852-23-9469 (直通)

FAX : 0852-27-8303