

千葉県赤十字血液センター 企画課
献血セミナー・職場体験担当者 あて

献血セミナー・職場体験申込書

お申し込み日 年 月 日

団体名		
ふりがな		
ご担当者様氏名		
ご連絡先	電話番号	
	メールアドレス	
ご希望内容	<input type="checkbox"/> 献血セミナー <input type="checkbox"/> 職場体験	
ご希望日時	第1希望	年 月 日 : ~ :
	第2希望	年 月 日 : ~ :
	第3希望	年 月 日 : ~ :
参加予定人数	名	
お問い合わせ・質問欄		



送信先 FAX 番号 047-457-7304