講師派遣依頼書

（日付）

宮城県赤十字血液センター

学術・品質情報課 御中

（施設名）

（担当者）　　　　　　　　　℡

下記内容で血液製剤説明会を行いたく貴施設の職員の講師派遣方よろしくお願い

します。

|  |  |
| --- | --- |
|  日　　時 |  　平成　　　年　　　月　　　日（　）時間　　：　　～　　： |
|
|  行　　事 | 行事名 |  |
|
| 受講対象者 |  | 出席予定者数 |  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名 |
|
| 希　望テ－マ |  |
| その他要望等 |   |

送信先アドレス:gakuhin-miyagi@miyagi.bc.jrc.or.jp/ FAX:022-342-6331

（血液センター記載欄）

上記依頼了承いたしました。

学術・品質情報課長　印

回覧

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所長 | 事業部長 | 総務課長 |
|  |  |  |