# 血漿分画センター施設見学申込書

●施設見学は平日のみとさせていただきます。見学希望日の3ヵ月前から2週間前までにお申し込みください。
●申込書を提出するだけでは、予約は完了とはなりません。当センターから確認の連絡をさせていただきます。
●工場稼動の都合等により、見学をお断りする場合や日程・時間変更をお願いすることがございます。
●お申込後、見学人数や見学時間の変更がある場合は、見学前日までに必ずご連絡ください。
●本申込書様式以外の書式でのお申し込みもお受けいたします。
なお、ご不明な点などございましたら、下記までお問い合わせください。　　ご記入日：平成　年　月　日

| | |
|---|---|
| 見学希望日時 | ※見学の所要時間は、人数・年齢等によりますが、およそ1時間半～2時間ほどかかります。<br>**平成　年　月　日（　）　：　～　：** |
| 見 学 人 数 | ※1回の見学は40名以下でお願いします。40名を超える場合はご相談ください。<br>男性：＿＿名　※外国人の場合：通訳者　名（ご同伴ください）<br>女性：＿＿名　※学校等の場合：引率者　名　**合計：　名** |
| お申し込み団体名 | （ふりがな） |
| 団体のご紹介<br>※事業内容や活動内容、沿革などをご紹介ください | |
| ご連絡担当者名 | （ふりがな） |
| ご 住 所 | 〒 |
| ご 連 絡 先 | 電話番号：　FAX 番号：<br>※確認のご連絡を差し上げる場合がございますので、日中連絡が取れる連絡先をご記入ください。 |
| メールアドレス | ※パソコンのアドレスをご記入ください。 |
| 交 通 手 段 | □バス（　）台　□自家用車（　）台　□タクシー　□その他（　） |
| 当日のスケジュール | 到着前のご予定：□なし　□あり（　：　まで）<br>出発後のご予定：□なし　□あり（　：　から） |
| 見 学 目 的 | |
| ご希望・連絡事項 | |

**【個人情報の取り扱いについて】**
いただいた団体名・ご担当者名・住所・電話番号等の個人情報は、施設見学に関するお問い合わせや見学準備、実施記録としての目的以外に利用することはございません。

**お問い合わせ・お申し込み先：**
**日本赤十字社血漿分画センター　事務部　総務課**
〒066-8610　北海道千歳市泉沢1007番31
電話 0123-28-3311　FAX 0123-28-3893
メールアドレス　soumu@pfc.jrc.or.jp

**※血漿分画センター使用欄**
□確認連絡日：平成　年　月　日
□申込受領日：平成　年　月　日
□確認書送付：平成　年　月　日