

栃木県 医薬・生活衛生課 温泉・薬物対策担当 行

FAX：028-623-3116

E-mail：onsenyakubutu@pref.tochigi.lg.jp

申し込み締切：10月24日（金）

骨髄バンクドナー登録説明員養成研修会応募申込書

(ふりがな) 氏 名		
生年月日	(西暦) 年 月 日 (歳)	
郵便番号	〒 ー	
住 所	市・町	
	アパート等：	
電 話	固 定	
	携 帯	
メール アドレス	パソコン	
	携 帯	
文書処理	ワード	入力・修正 ☐ できる ☐ できない Eメールで送受信 ☐ できる ☐ できない
	エクセル	入力・修正 ☐ できる ☐ できない Eメールで送受信 ☐ できる ☐ できない ※説明員となった際、登録会の会場一覧をエクセルで送付します。

留意点

※養成研修受講後に、説明員として日本骨髄バンクから委嘱されます。

※委嘱された後、医薬・生活衛生課に登録していただければ、実地研修日程等を御案内します。