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 | 〒　　　　－ | |
| 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。