**申　込　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 機　関　名 | 　 |
| 住　　　所 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 担　当　者 | 　 |
| 対　象　者 | 　　 　　名　（学校の場合：第　　　学年） |
| 実施（希望）時期 | 　 |
| 希望される内容 | 　 |
| 備　　考 | 　 |

　　　　　　　　　　　　　　　＜お問い合わせ先＞

　　　　　　　　　　　　　　　　公益財団法人ひろしまドナーバンク

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：082-256-3523

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：082-256-3522

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当：河原（広島県臓器移植コーディネーター）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：〒734-8551

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　広島市南区霞1-2-3広仁会館内