

令和 年 月 日

## がん教育外部講師派遣依頼書

申込者	住 所			
	(ふりがな) 学 校 名			
	(ふりがな) 担 当 者 名			
	電 話		F A X	
	E-mail			
実施希望日	第1希望：令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分～ 時 分 第2希望：令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分～ 時 分 第3希望：令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分～ 時 分			
希望内容 ※ホームページのがん 教育外部講師リストを 参照の上、 ご記入ください。	講 師	機関名 ( ) 講師の職種 ( )		
	希望内容 テーマ	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 予防 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 体験 <input type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> 支援 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	対 象 者	学年： 年生 人数： 人 (規模： <input type="checkbox"/> 学級 <input type="checkbox"/> 学年 <input type="checkbox"/> 全校)		
	そ の 他	その他，留意点などあればご記入ください。		

※本依頼書は各機関へ送付し，日程等の調整を行ってください。