

送付先 令和〇年〇月〇日
〇〇立〇〇学校 〇〇 〇〇 行
FAX 番号 〇〇-〇〇-〇〇

がん教育 外部講師確認票

1 フリガナ
お名前

2 がん教育についてお話いただける内容 ※複数回答可

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> がんとは（要因等） | <input type="checkbox"/> がんの種類とその経過，我が国の状況 |
| <input type="checkbox"/> がんの予防 | <input type="checkbox"/> 早期発見・がん検診 <input type="checkbox"/> 治療法 |
| <input type="checkbox"/> 緩和ケア | <input type="checkbox"/> 体験談 <input type="checkbox"/> 患者への理解と共生 |
| <input type="checkbox"/> 命の大切さ | <input type="checkbox"/> 生活の質・生き方 |
| <input type="checkbox"/> その他（ | ） |

所属・肩書など（掲載したい情報）

3 連絡先をご記入ください。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 連絡先名称（ | ） |
| <input type="checkbox"/> 時間指定等，ご要望があればご記入ください。 | |
| <input type="checkbox"/> 電話番号 | |
| <input type="checkbox"/> FAX | |
| <input type="checkbox"/> メールアドレス（ | @ |
| | ） |