

年 月 日

がん教育に係る外部講師派遣依頼書

千葉県健康づくり支援課 がん対策班 行き
 FAX:043 (225) 0322/メールアドレス : cantaisaku@mz.pref.chiba.lg.jp

申込者	住 所			
	(フリガナ) 学 校 名			
	(フリガナ) 担 当 者 名			
	電 話		F A X	
	E-mail			
実施希望日	第1希望： 年 月 日 () 午前・午後 時 分～ 時 分 第2希望： 年 月 日 () 午前・午後 時 分～ 時 分 第3希望： 年 月 日 () 午前・午後 時 分～ 時 分			
希望内容 ※別添一覧を 参照の上、御 記入下さい。	希望する 派遣機関等 ※順不同	機関名 () 講師の職種 () 機関名 () 講師の職種 ()		
	テーマ	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 予防 <input type="checkbox"/> がんとは <input type="checkbox"/> 体験 <input type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> 支援 <input type="checkbox"/> その他 () 希望内容の詳細：		
	対象者	学年： 年生 人数： 人 (規模： <input type="checkbox"/> クラス <input type="checkbox"/> 学年 <input type="checkbox"/> 全校)		
	その他	その他、留意点などあれば御記入ください。		

※本依頼書は千葉県健康づくり支援課から機関へ送付しますので、日程等の調整は機関からの連絡をお待ちください。