**ファクシミリ送信票**

様式３

|  |  |
| --- | --- |
| **あて先****（受信者）** |  |
| ファクシミリ番号 |  |
| **件名** | 　**がん教育外部講師派遣について** |
| □ 施行文書　　□ 資料等　　□その他 |
| **枚数** | 送信票を含めて　　　枚 |
| **送信者****（連絡先）** | 所属 | 　 |
| 担当者 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| ファクシミリ番号 | 　 |
| 住所 | 〒　　　－ |
| **Eメールアドレス** |  |

**送信年月日　令和　　年　　月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| 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　 |
| 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。 | 希望内容テーマ | □検診　□予防　□がん　□体験　□対応　□支援　□その他《簡単な内容》 |
| 対象者 | 学年：　　　　年生人数：　　　　人（規模：□学級　　□学年　　□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。