様式２

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 |  | ＦＡＸ |  |
| 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 | □検診　□予防　□がん　□体験　□対応　□支援　□その他 |
| 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。