〇〇教育委員会

担当　〇〇　宛

FAX ：〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇

Mail：　　　　@　　　　　　.jp

|  |
| --- |
| がん教育に係る外部講師派遣申請書 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 学校名 |  |
| 住　所 |  |
| 電　話 |  | FAX |  |
| （フリガナ）担当者名 |  |
| e-mail |  |
| 希望内容 | 日　時 | 第1希望 | 令和　年　　月　　日（　） : ～ :  |
| 第２希望 | 令和　年　　月　　日（　） : ～ :  |
| 第３希望 | 令和　年　　月　　日（　） : ～ :  |
| 場　所 |  |
| 対象者 | 学年：　年生 | 規模：□学級　□学年　□全校※該当項目を■にする。 |
| 人数：　　人 |
| 講師希望※該当項目を■にする。※依頼する講師が決まっている場合は、講師名を記入する。 | □ | 医師・看護師等、医療従事者 |
| □ | がん経験者 |
| 講師名： |
| 指導内容※該当項目を■にする | □がんの要因　　　　　　　　□がんの治療法□がんの現状　　　　　　　　□がん治療における緩和ケア□がんの経過とがんの種類　　□がん患者の生活の質□がんの予防　　　　　　　　□がん患者への理解と共生□がんの早期発見とがん検診　□その他　※備考に記入。 |
| 謝金・旅費 |  |
| 備考 |  |