

ファクシミリ送信票

送信年月日 令和 年 月 日

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
	<input type="checkbox"/> 施行文書 <input type="checkbox"/> 資料等 <input type="checkbox"/> その他
枚数	送信票を含めて 枚
送信者	所属
(連絡先)	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

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 <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 予防 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 体験 <input type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> 支援 <input type="checkbox"/> その他 《簡単な内容》
対象者	学年： 年生 人数： 人 (規模： <input type="checkbox"/> 学級 <input type="checkbox"/> 学年 <input type="checkbox"/> 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。