（別紙様式１）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

保健政策課長　様

学校名

学校長名

**高知県子どもの健康的な生活習慣支援講師派遣申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名 |  |
| 住所 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
|  |
| 希望内容 |  |
| 希望日時 | 　　年　　　月　　　日（　　　曜日）　　　　時　　　分～　　　時　　　分 |
| 開催場所 | 会場：住所： |
| 参加者 | 教員　　　　　　　　　　　　　　　名児童・生徒　　　　　　　　　　　　名保護者等（　　　　　）　　　　　　名 |
| その他連絡事項 |  |

※　実施希望日時のとおり調整できない場合もありますのでご了承ください。