（様式１）

令和　　年　　月　　日

高知県教育委員会事務局

保健体育課長　様

学 校 名

学校長名

令和　年度　がん教育に関する外部講師派遣申請書

　この事業を実施したいので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 内容 | □　児童・生徒対象の講演・授業　〔対象学年： 　　年〕□　保護者への講演 　　　□　教職員への研修会  |
| めあて | □　がんが身近な病気であることや、がんの予防、早期発見のための検診について関心を持ち、がんに関して正しい知識を身に付ける □　がんについて学ぶことを通じて、自他の命の大切さについて考える |
| 話していただきたい内容(複数選択可) | □ がんについての基礎知識　 　□ がん検診の大切さ□ たばことがん　□ がんと生きる　　□ 子宮頸がん□ 小児がん　　　□ がんと心のケア　□ がん治療□ がんに罹患して感じたこと・考えたこと |
| 事前事後学習計画 | （児童生徒対象の場合に記入）事前学習：事後学習： |
| 希望講師 | （いずれかひとつに✓）□ 医療関係者　　　　　□ がん経験者＊希望する講師がいれば、氏名をご記入ください。（　講師氏名：　　　　　　　　　　　　　　氏　　） |
| 実施希望日時できるだけ異なる月で、必ず第3希望日まで記入してください。 | 第１希望日 | 令和　年　　月　　日　　　：　　～　　： |
| 第２希望日 | 令和　年　　月　　日　　　：　　～　　： |
| 第３希望日 | 令和　年　　月　　日　　　：　　～　　： |
| 実施場所 | ＊教室、体育館等具体的に記入してください。（　　　　　　　　　　）教室　（収容人数：　　　名） |
| 参加予定人数 | 児童・生徒（　　　）人　教職員（　　　）人　保護者（　　　）人 |
| アンケート実施方法 | □ 1人1台タブレット端末等ICT機器　　　　□ 紙媒体 |
| 担当者等 | 担当者名：　　　　　　　　　　TEL：E-mail：＊１人１台タブレット端末でアンケートをする場合は、URLを送付いたします。 |