様式１

番　　　　　号

年　　月　　日

香川県健康福祉部長　殿

学校長

大切な人へのがん検診メッセージカード事業申込書

標記事業を活用したいので、大切な人へのがん検診メッセージカード事業実施要領第６条第１項の規定により、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学校名 |  | |
| 実施希望日時 | 第１希望 | 年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分（　　分） |
| 第２希望 | 年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分（　　分） |
| 第３希望 | 年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分（　　分） |
| 実施対象 | 対象学年・  クラス数 | （　　　）学年　　（　　　）クラス |
| 実施方法 | 該当する項目にチェック(レ点)を入れてください。  １学年全体で実施（サポーター１名）  １学年を複数に分けて実施（１校当たりサポーター３名程度まで）  → 複数に分けて実施する場合の分割数（　　　） |
| 合計人数 | （　　　　）人 |
| 実施場所 | 該当する項目にチェック(レ点)を入れてください。  教室  体育館  その他（　　　　　　　　） | |
| 授業実施者 | 該当する項目にチェック(レ点)を入れてください。  保健体育科担当  養護(助)教諭  学級担任  その他（　　　　　　　　） | |
| 担当者連絡先 | 職名・氏名： | |
| 電話： | |
| FAX： | |
| メールアドレス：  ※原則、メールで連絡しますので、メールアドレスを必ず御記入ください。 | |
| 備考 |  | |