

(様式1)

「^{いのち}生命のがん教育」実施依頼書

令和 年 月 日

学校・団体名		代表者名	
所在地 (住所)	〒		

次のとおり、「^{いのち}生命のがん教育」を依頼します。

教科・事業名称			
実 施 日	第1候補：令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
	第2候補：令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
開 催 方 式 ※可能なものを全て選んでください	対面方式	オンライン方式	動画併用方式
場 所			
参加人数 (学年)	人		
実 施 内 容 (予定表・計画表等がある 場合添付してください)			
依 頼 者 連 絡 先	所属： 担当者氏名： 電話番号： FAX番号： Eメールアドレス：		
がん闘病中等親族に配慮を 要する児童生徒の有無	有 ・ なし ・ 不明		
本事業を実施するねらい			
そ の 他			

※ 実施依頼書を受領後、二週間以内に御連絡いたします。もし連絡が無い場合はお手数お掛けいたしますが、以下の連絡先まで御連絡いただきますようお願いいたします。

【提出先】 京都府健康福祉部健康対策課 がん対策係
住所：〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町
TEL：075-414-4973 FAX：075-431-3970 Eメールアドレス kentai@pref.kyoto.lg.jp