

## 平成30年度がん教育を保護者等へ公開実施する場合の外部講師派遣事業実施要領

### 1 目的

学校における健康教育の中でも、国民の2人に1人がかかる「がん」は重要な課題であり、国民の健康に関する基礎的な教養として必要であることから、がん教育の実施が学習指導要領に定められ、その学習内容は、がんの罹患を減らすための生活習慣等の改善や、がんの早期発見・早期治療につながるがん検診受診の必要性など、子どもだけでなくその保護者等にとっても身に付けておくべき基礎的な教養となっている。

このことから、がん教育を保護者等にも推進することを目的に、学校が公開して実施する場合に外部講師を派遣し支援を行う。

### 2 実施主体

島根県健康福祉部健康推進課がん対策推進室（以下、県とする。）

### 3 対者となる学校

県内の小学校、中学校、高等学校及び特別支援学校（以下、学校とする。）

### 4 実施時期

平成30年5月から平成31年3月末まで

### 5 事業の内容

学校において、外部講師を用いてがん教育（PTA主催の研修会・講演会などを含む）を子どもの保護者等に公開して実施した場合、その外部講師への謝金及びがん教育のために要した外部講師にかかる旅費について、県が、県の規定に基づき算出した額を外部講師へ支払う。ただし、これらの費用が他の経費によって支払われる場合は対象外とする。

### 6 対象となる外部講師

- (1) 学校医、がん専門医などの医療従事者
- (2) がん患者、がん経験者
- (3) その他、健康推進課がん対策推進室が適当と認めた者

### 7 事業の流れ

- (1) 学校は、外部講師決定の前に、別紙1によって県へ講師派遣について申請する。
- (2) 県は、申請書を審査した上で、予算の範囲内で派遣決定を行い、結果を申請のあった学校へ通知する。
- (3) 外部講師への依頼等の調整等は、学校において行う。がん教育の実施後はすみやかに別紙3による報告書を県へ提出する。
- (4) 報告書を確認後、県が外部講師に謝金等を支払う。

### 8 問い合わせ先

〒690-8501

松江市殿町1番地 島根県健康推進課がん対策推進室

電話 0852-22-6701 FAX 0852-22-6328

(別紙1)

平成 年 月 日

島根県知事 溝口善兵衛 様  
(健康推進課がん対策推進室)

(申請者)

学校長<sup>㊤</sup>

(担当者氏名 )

(連絡先 )

## がん教育の外部講師派遣について(依頼)

がん教育の保護者等への公開授業(PTA 主催の研修会・講習会等を含む)を実施しますので、外部講師を派遣してください。

1 がん教育実施(予定)日時及び場所

平成 年 月 日 (時間) 時 分～ 時 分

開催場所 名称

住所

2 派遣を希望する外部講師

氏名 ( )

住所等 ( )都・道・府・県 ( )市・区・町・村

(所属や経歴など、簡単なプロフィールを記載もしくは添付してください)

3 外部講師に依頼する内容(概要でかまいません。別紙の添付でも可)

平成 年 月 日

学校長 様

島根県知事 溝口善兵衛  
(健康推進課がん対策推進室)

## がん教育の外部講師の派遣について(回答)

平成 年 月 日付け文書にて依頼のあったがん教育の外部講師派遣については、下記のとおりです。

外部講師を派遣します。 }  
外部講師を派遣しません。 } (どちらかを記載します)

(派遣する場合は下記について記載します)

- 1 講師派遣(予定)日時  
平成 年 月 日 (時間) 時 分～ 時 分
- 2 派遣する外部講師  
氏名 ( )
- 3 外部講師に支給する謝金等の金額  
謝金額 ( )円  
旅費額 ( )円  
源泉徴収税額 ( )円  
差引支払額 ( )円

4 謝金等支払時期

別紙3の実績報告が県に到着後、記載事項等に不備がなければ約 1 か月程度で外部講師の口座に振り込みます。

(別紙3)

平成 年 月 日

島根県知事 溝口善兵衛 様  
(健康推進課がん対策推進室)

(申請者)

学校長<sup>印</sup>

(担当者氏名 )

(連絡先 )

## がん教育の外部講師派遣について(報告)

がん教育の保護者等への公開授業(PTA 主催の研修会・講習会等を含む)を実施しましたので、報告します。

1 がん教育実施日時及び場所

平成 年 月 日 (時間) 時 分～ 時 分

開催場所 名称

住所

2 外部講師名

氏名 ( )

別紙「謝金等に係る口座振込申出書」を、外部講師に記載してもらい、必ず添付してください。

3 がん教育の内容や得られた効果等を記載してください(公開授業を受けての保護者からのアンケート結果やお便り等の添付でも可。)

(外部講師記載用)

## 謝金等に係る口座振込申出書

平成 年 月 日

島根県健康推進課長 様

私に支払われる謝金等については、下記の預金口座へ振り込んでください。

郵便番号		電話番号	
現住所 【居所】	(注)勤務先ではなく自宅の住所をご記入ください		
フリガナ			
外部講師の 氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日		

預金 口座	金融機関	銀行・組合 金庫・連合会				支店・支所 出張所			
	預金種別	1普通預金	4貯蓄預金	口座 番号					
	2当座預金	9その他							
	カナ口座名 義								

※太線枠内をご記入ください。

■健康推進課 処理欄

債権債務者番号		[ 担当者確認欄 ]
		月 日 確認済み
		氏名

※健康推進課担当者は、支払ごとに確認し、担当者確認欄に「確認日」「氏名」