専門家・専門医による指導事業

（様式１）

**実施計画書（　メディア　・　健康課題解決　）**

申込日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 送信先 | 島根県教育庁保健体育課　担当者あて  FAX:　０８５２－２２－６７６７  E-mail:（メディア） oguni-toru@edu.pref.shimane.jp  （健康課題解決）fujisaka-masako@pref.shimane.lg.jp | | | |
| 発信者 | 団体名 | | | 団体代表者の職・氏名 |
| 所在地（連絡先）  担当者　職・氏名 | TEL：　　　－　　　－ | | |
| FAX：　　　－　　　－ | | |
| E-mail： | | |
| 内　容 | 次のいずれかに○をつけてください。  　講演会　　職員研修会　　その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 講演会、研修会等の名称及び内容　など | | | |
| 専門家・専門医  の希望 |  | | □　保健体育課に任せる | |
| 参加対象 |  | | | |
| 参加予定人数 |  | | | |
| 日　時 | 年　　月　　日（　　）　　　：　　～　　　： | | | |
| 会場名 |  | | | |
| 会場住所 |  | | | |
| 連絡事項 |  | | | |