専門家・専門医による指導事業

（様式１）

**実施計画書（健康課題解決）**

* **実施予定はあるが、詳細は未定。⇒　決まり次第、様式１に詳細を記入し、**

**再度ご提出ください。**

申込日　令和４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:　 【健康課題解決】suwabe-atsushi@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・専門医名** |  | | **医師　・助産師** | |
| 参加対象 |  | | | |
| 参加予定人数 |  | | | |
| 日　時 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　　：　　～　　： | | | |
| 会場名 |  | | | |
| 会場住所 | （学校所在地と違う場合のみ） | | | |
| 連絡事項 |  | | | |