（様式１）

専門家・専門医による指導事業【メディア】

**実施計画書【メディア】**

申込日　　　令和　　　年　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 送信先 | 島根県教育庁保健体育課健康づくり推進室　担当者あて | | | | | | | | |
| 発信者 | 団体名 | | | | | | | | 団体代表者の職・氏名 |
|  | | | | | | | |  |
| 所在地（連絡先） | | | | | TEL：　　　－　　　－ | | | |
| FAX：　　　－　　　－ | | | |
| 担当者　職・氏名 | | | | |
| E-mail： | | | |
| 内　容 | ■次のいずれかにチェックをいれてください。（複数可） | | | | | | | | |
| PTA研修 | ☐ | | | （その他） | | | | |
| 職員研修 | ☐ | | |
| 児童生徒向け | ☐ | | |
| ■扱ってほしい内容にチェックを入れてください。（複数可） | | | | | | | | |
| 身体への影響 | | ☐ | （記述欄） | | | | | |
| 睡眠の重要性 | | ☐ |
| ルールづくり | | ☐ |
| 講師の希望 | 一任する | | ☐ | 希望講師名（　　　　　　　　　）  ※既に講師に内諾を得ている場合は〇をする（　　　） | | | | | |
| 参加対象・人数 |  | | | | | | | | |
| 日時 | 令和 　年　　月　　日（　）    ※当日準備～振返までの合計２時間までとします。 | | | | | | | | |
| 会場名 |  | | | | | | | | |
| 会場住所・電話  （所在地と異なる場合のみ） |  | | | | | | TEL | －　　－ | |
| 連絡事項 |  | | | | | | | | |

＊希望日・時間は希望いただいた時点で確定ではありません。相談させていただく場合もあります。

＊派遣講師が決定した後は、本課より上記担当者に講師名・連絡先を連絡します。

＊派遣講師決定通知後は学校担当者から講師へ連絡を取り、記載の日時・内容等を伝えご確認ください。日程・時間帯の変更など、重要な変更点がある場合は、速やかに本課担当までご連絡ください。

＊当日打合せから振返りまでの2時間に対する講師報償費と、費用弁償（旅費相当）を本課が負担します。