（様式１）

専門家・専門医による指導事業

**実施計画書（メディア）**

申込日　　　　　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  FAX:　０８５２－２２－６７６７  E-mail: 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） | | | | | 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。 | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | |
| 身体への影響 | | ☐ | （記述欄） | | | | | |
| 睡眠の重要性 | | ☐ |
| モラル・危険性 | | ☐ |
| ルールづくり | | ☐ |
| 講師の希望 | 一任する | | ☐ |  | | | | | |
| 参加対象・人数 |  | | | | | | | | |
| 日時 | 年　　月　　日（　　）　　　：　　～　　　： | | | | | | | | |
| 会場名 |  | | | | | | | | |
| 会場住所・電話  （所在地と異なる場合） |  | | | | | | TEL | －　　－ | |
| 会場住所 |  | | | | | | | | |
| 連絡事項 |  | | | | | | | | |