

令和 年 月 日

加古川医師会
禁煙ひろめ隊担当委員会 委員長 様

(学校・園・団体名)

(校・園長・当者名) _____

防煙教育支援チーム「禁煙ひろめ隊」派遣申請書

防煙教育支援チームの派遣について、下記のとおり申請いたします。

1	日時	第1希望:令和 年 月 日() 時 分 ~ 時 分 第2希望:令和 年 月 日() 時 分 ~ 時 分
2	対象	教職員・保護者・生徒(年生) その他()
3	担当者	氏名 学校・団体名 メールアドレス 連絡先TEL
4	機材の有無	パソコン(有・無)・プロジェクター(有・無)・資料作成(可・不可)
5	要望事項	
6	出席 予測人数	総数.....名 内訳 教職員.....名、保護者.....名、生徒.....名、 その他.....名
7	派遣講師名	

※ 7 派遣講師名は記載不要。決定後医師会で記入。