



出張がん予防教室



鳥取県では、がん教育や研修会を行う学校・企業に、**講師派遣**と**教材提供**を行っています。**費用は、保健所が負担**します！

講師は、医師や診療放射線技師等を予定しています。
内容は、がんの正体・がんを防ぐ生活習慣、がん
とたばこ・がん検診の大切さ等。



★ 申請・問合せ先★

「出張がん予防教室申請書」（裏面）に必要事項を記入の上、下記申請先まで郵便、ファクシミリ、電子メール等により送付してください。申請書の内容を確認した後、実施に向けた調整をさせていただきます。ご不明な点は、下記までお問合せください。

申請・問合せ先	住所	電話 ファクシミリ	メールアドレス
鳥取市保健所 健康づくり推進課	鳥取市富安 2-138-4	電話：0857-30-8585 FAX：0857-20-3964	kenkodukuri@city.tottori.lg.jp
中部総合事務所 倉吉保健所 健康支援総務課	倉吉市 東巖城町2	電話：0858-23-3143 FAX：0858-23-4803	kurayoshihoken@pref.tottori.lg.jp
西部総合事務所 米子保健所 健康支援総務課	米子市東福原 1-1-45	電話：0859-31-9318 FAX：0859-34-1392	yonagohoken@pref.tottori.lg.jp

出張がん予防教室申請書

様

年 月 日

1. 申請者

団体名		
住所	〒 _____	
代表者	(職)	(氏名)
連絡先	(担当者名)	(電話)
	(メールアドレス)	

2. 開催予定

名称	※開催する研修会、授業等の名称を記入してください。	
会場	名称	
	住所	
	連絡先	(電話)
日時 ※講師派遣希望あり の場合は、第3希望ま で記入してください。	開催予定	年 月 日() 時 分から 時 分まで
	第2希望	年 月 日() 時 分から 時 分まで
	第3希望	年 月 日() 時 分から 時 分まで
受講者	対象	※学校の場合は、学年等を記入してください。
	人数	

3. 希望事項

講師派遣	要	※希望する講師(氏名・診療分野等)があれば記入してください。
	不要	※どなたか講師をされるか記載してください。
パワーポイント用教材 (CD-R)の要・不要	要 ・ 不要	
連絡事項等		