

講師派遣申込書

申込年月日	年 月 日		
依頼者	所属	担当者	
	電話番号	FAX 番号	連絡可能時間
対象者	児童・生徒（ 年生） ・ 保護者 ・ 教職員 ・ その他（ ）		
希望日時	第1希望 年 月 日（ ） : ~ :	第2希望 年 月 日（ ） : ~ :	
希望する診療科	小児科 ・ 整形外科 ・ 皮膚科 ・ 精神科 ・ 婦人科 ・ その他（ ）		
依頼内容 ・ 児童生徒の状況 ・ 対応に困っている内容 ・ 指導等を受けたい事柄 等 詳しく記入してください。			

依頼可能な対象者：厚木市・愛川町・清川村の学校関係団体