

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