【電子メール施行】

令和　　年　　月　　日

宮城県保健福祉部健康推進課長　殿

（がん・循環器病対策班扱い）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○○○○○病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○　○○　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（公印省略）

令和７年度がん教育外部講師派遣事業に係る講師派遣について（回答）

　このことについて、下記のとおり講師を派遣します。

記

１　講師

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（フリガナ） |  |
| 職種 | □ 医師　　　□ 看護師・保健師　　　□ 薬剤師□ その他医療技術者（職種：　　　　　　　　　　） |
| 所属・診療科・職名 |  |
| 連絡先電話番号　※ |  |
| 連絡先メールアドレス　※ |  |
| 事務上の窓口・担当者氏名（講師本人以外） | 担当電話・アドレス |

　　※　授業の進め方など今後のやり取りを行う連絡先（学校から連絡があります。）

２　派遣内容

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣日時 | 令和　　年　　月　　日（　　）　午前・午後　　　時　　分～午前・午後　　時　　分 |
| 学校までの交通手段 | □自家用車　　□公共交通機関□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 配布する教材・資料の有無 | □あり　　　　□なし（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 学校との打合せ方法等 | 連絡手段□メール　　　□電話　　　□その他（　　　　）打合せ方法□メール　　　□電話　　　□オンライン(zoom等)□その他（　　　　　　　　　　　　　 |
| その他連絡事項等 |  |