（様式１）

未来の女性医師発掘事業申込書

申込年月日：　　　　年　　月　　日

　福岡県保健医療介護部医療指導課

医師・看護職員確保対策室長　殿

所在地

学校名　　　　　　　　　　　　　印

下記のとおり、講師の派遣を申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 日時 | 年　　月　　日（　　）　　　　時　　分～　　時　　分 |
| 場所 | □学　校 [講演会場：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ]□その他 [名　称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ][住 所： 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　 ] |
| 行事名 |  |
| 参加者の概要・人数 | □生　徒【　　 　　　年生　　人（女子生徒：　　　人）】　□教職員　　【　　　　人】　　　□保護者【　　　　　人】　　　　　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）【　　　　人】 |
| その他 | 講師の希望などがある場合はご記入ください。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 担当者連絡先 | 職・氏名：電話番号：メール： |

【注意事項】

１　派遣希望日の30日前までにお申し込みください。

２　事前に打ち合わせをさせていただきますので、必ず連絡の取れる電話番号をご記入ください。

３　講師の希望がある場合、職務との関係により調整がつかずご希望に添えない場合があります。

４　講師派遣の希望が多数あった場合は、派遣できないことがありますことを、予めご了承ください。