（様式１）

「がん予防につながる学習活動の充実支援事業」実施申込書

平成　　年　　月　　日

市町村名		担当指導主事	
学校名			
所 在 地 （住　　所）	〒		

下記のとおり、「がん予防につながる学習活動の充実支援事業」を申込みします。

記

教科・事業名称	
実　施　日 ＊日時未定の場合は、その旨記入し、確定後連絡ください	第１候補：平成　　年　　月　　日（　　） 時　　分　～　　時　　分
	第２候補：平成　　年　　月　　日（　　） 時　　分　～　　時　　分
	第３候補：平成　　年　　月　　日（　　） 時　　分　～　　時　　分
場　　所	
参加人数（学年）	
実　施　内　容 （予定表・計画表等がある場合添付してください）	
依 頼 者 連 絡 先	担当者氏名： 電話番号： FAX番号： Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：
そ　の　他	

※提出先

〔公立中学校〕

【大阪府教育庁教育振興室保健体育課】　　競技スポーツグループ担当　竹口

〔私立中学校〕

【大阪府教育庁私学課】小中学校振興グループ　井上