

第1号様式

エイズ講習会等講師派遣事業実施計画書・講師派遣申請書

年 月 日

船橋市保健所長

あて

所在地 _____

学校名 _____

校長名 _____

電話番号 _____ - _____

下記のとおりエイズ講習会等の実施を計画したので、講師派遣を申請します。

記

実 施 計 画 書		
テ ー マ		
概 要		
日 時	第1希望	年 月 日 時 分～ 時 分
	第2希望	年 月 日 時 分～ 時 分
参加予定人員	(内訳) 計 人	
連 絡 先	担当者名	
	TEL・FAX	TEL FAX
	メールアドレス	
そ の 他		

第2号様式

エイズ講習会等講師派遣事業承認・不承認決定通知書

年 月 日

様

船橋市保健所長

年 月 日付で申請のあったエイズ講習会等の講師派遣について、
(承認・不承認) としたので通知します。

なお、実施に係る講師との連絡調整は、講師へ直接お願いします。

記

実施日時		年 月 日 時 分～ 時 分	
派遣講師	氏 名		
	所 属		
	TEL・FAX メールアドレス	TEL メールアドレス	FAX
連絡事項			

第3号様式

エイズ講習会等講師派遣事業実施報告書

年 月 日

船橋市保健所長

あて

所在地 _____

学校名 _____

校長名 _____

電話番号 _____ - _____ - _____

年 月 日付けで承認のあったエイズ講習会等下記のとおり実施したので、関係資料等を添えて報告します。

記

実施日時	年 月 日 時 分～ 時 分
テーマ	
実施内容	別紙のとおり
講師名	
参加人員	(内訳) 計 人