**学校・保育保健に関連する講演会への講師派遣　申請書**

日本小児皮膚科学会　会長殿

下記の通り申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| 講演希望日時（講演･勉強会は1時間程でお願いします） | ※申請日より**3か月以上先の日程で**お願いいたします。第1希望：西暦　　　年　　月　　日 　　曜日　　時より第2希望：西暦　　　年　　月　　日 　　曜日　　時より　　　　　　　　　第3希望：西暦　　　年　　月　　日 　　曜日　　時より　　　　　　　　 |
| 講師派遣先（講演場所が、学校や園以外の場合はその会場） | 学校・園のお名前 |  |
| 学校・園のご住所 |  |
| 学校・園の電話番号 |  |
| 希望講演内容 | ※ご希望される内容に〇や必要事項をご記入ください。（　）アトピー性皮膚炎の対処（　）食物アレルギー（　）子どもたちのおしゃれに伴う皮膚のトラブル（　）学校・保育所における感染症の対応（　）紫外線に関係する皮膚のトラブルおよび対応（　）保育所・幼稚園の水泳授業と日焼け止めクリームの是非（　）皮膚に関する救急処置（　）子どもの足育（足のトラブルについての予防と対策）（　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 講演会はどのような規模での開催をご希望でしょうか | ※ご希望される内容に人数や〇をご記入ください。おおよその参加人数：　　　　人（　）保育士・職員のみで（　）家族・保護者も交えて（　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 開催形式 | ※ご希望される内容に〇をご記入ください。（　）現地開催（　）WEB（zoomウェビナー）開催 |
| PC等周辺環境（現地開催ご希望の場合はご回答ください） | ※ご準備いただけるものに〇や必要事項をご記入ください。（　）パソコン※OS、ソフト（バージョン）もご教示ください。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　）インターネット環境　※有線、WiFi（　）プロジェクター、スクリーン |
| ご連絡先（ご希望の連絡方法に○をつけてください） | 担当の先生のお名前 | （ふりがな　　　　　　　　　　　　　） |
| お役職 |  |
| 連絡のつきやすいお電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mail |  |
| その他ご希望等 |  |