**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 | |  | |