

「大人のがん教育」（事業所向け出張講座）申込書

申込日 令和 年 月 日

申込事業所名

代 表 者 名

■ 申込内容

開 催 希 望 日 時	①令和 年 月 日() : ~ :	
	②令和 年 月 日() : ~ :	
	③令和 年 月 日() : ~ :	
実 施 方 法 (希望する方にチェック)	☐ 講師を派遣	☐ オンライン (Zoom、Webex、Microsoft Teams 等) ※
対 象	☐ 経営者向け	☐ 従業員向け
参 加 予 定 人 数		
会 場 名		
会 場 所 在 地		
会 場 連 絡 先	TEL :	
希望する内容に○を付けてください	必須	山口県のがんの状況（罹患・死亡）【県職員】
	必須	がんの予防（1次予防：がんにならないための予防）【県職員】
	必須	がんの早期発見（2次予防：がん検診）【県職員】
	必須	山口県のがん対策の取組【県職員】
		がんとはどんな病気なのか【県職員】
		がんの治療方法に関すること【県職員】
		がん対策を推進していくための環境の整備【県職員】
		がん治療とお金に関すること【生命保険会社等職員】
		がん治療と仕事の両立に関すること【生命保険会社等職員】
	がん経験者等の立場からの知見や体験談等【がん経験者等】	
備 考 (特に聞きたい内容や 紹介先の生命保険会社が あれば記載してください)		

※オンラインでの実施をご希望の場合は、以下の事項をご確認ください。

- ・使用する機材・ソフトの準備は、申込団体側で行ってください。
- ・当日は、申込団体側が講師（県職員等）を Web 会議に招待する形での実施をお願いします。
- ・通信費や機材費については、申込団体側のご負担となります。

■ 事業所でのがん検診の実施の有無について

実施しているがん検診に☑してください	☐ 胃がん ☐ 肺がん ☐ 大腸がん ☐ 乳がん ☐ 子宮頸がん
--------------------	---

■ 担当者連絡先

連 絡 先	住 所	〒
	担 当 者	
	電 話 番 号	
	F A X	
	メールアドレス	