

大分県 臓器移植 出前講座 申込書

記入日： 年 月 日

1. 所属				2. 氏 ^{ふりがな} 名	
3. 連絡先	ご希望の連絡方法に☑してください。担当者から数日以内に折り返しご連絡致します。				
	<input type="checkbox"/> 電話		<input type="checkbox"/> E-Mail		
連絡希望時間があればご記入ください ()					
4. 日時	例) 10月16日16時～17時、10月の火曜日、未定				
5. 時間	例) 90分、45分講演+5分質問、30分講演+30分グループワーク、未定				
6. 場所					
7. 対象者	当てはまるものに☑し、おおよその人数をご記入ください。 備考には生徒の学部・この講演を取扱う授業の科目・職種などをご記入ください。				
	<input type="checkbox"/> 中学	年生	約	名	備考
	<input type="checkbox"/> 高校	年生	約	名	備考
	<input type="checkbox"/> 大学	年生	約	名	備考
	<input type="checkbox"/> 専門	年生	約	名	備考
	<input type="checkbox"/> 保護者		約	名	備考
	<input type="checkbox"/> 教育関係者		約	名	備考
	<input type="checkbox"/> 一般市民		約	名	備考
	<input type="checkbox"/> 医療従事者		約	名	備考
	<input type="checkbox"/> その他		約	名	備考
8. 講演内容	希望される項目に☑してください。				
	<input type="checkbox"/> 臓器提供や移植医療の概要：権利・歴史・法律など				
	<input type="checkbox"/> 移植（もらう側）に関すること：待機者数・登録からの流れ・移植者数など				
	<input type="checkbox"/> 提供（あげる側）に関すること：提供可能臓器・承諾からの流れ・提供者数など				
	<input type="checkbox"/> 臓器提供の意思表示について：意思表示内容・方法・世論調査結果など				
	<input type="checkbox"/> 移植者（もらった人）の思い				
	<input type="checkbox"/> 提供者（あげた人）の家族の思い				
<input type="checkbox"/> その他：9.備考に具体的にご記入ください（講義+グループワーク等）					
9. 備考					

（ 送 付 先 ） 【 事 務 局 】
〒870-0932 大分市東浜 1-4-10 東浜ビル 203号
（公財）大分県臓器移植医療協会 担当者 宛
FAX : 097-551-9051