（別紙様式２）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

保健政策課長　様

学校名

学校長名

**高知県子どもの健康的な生活習慣支援講師派遣実績報告書**

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 実施内容 |  |
| 実施日時 | 　　年　　　月　　　日（　　　曜日）　　　　時　　　分～　　　時　　　分 |
| 参加人数 | 教員　　　　　　　　　　　　　　　名児童・生徒　　　　　　　　　　　　名保護者等（　　　　　）　　　　　　名 |
| この事業に関する感想、要望その他ご意見をご自由にお書きください。 |  |