

兵庫県臓器移植コーディネーター講演申込書

記入日： 年 月 日

1. 所 属				2. 氏 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。					
	☐ 電話		☐ E-Mail			
	連絡希望時間があればご記入ください（ ）					
4. 講演日時	例) 10月16日16時～17時、秋ごろ、10月の火曜日、未定					
5. 講演時間	例) 90分、45分講演+5分質問、30分講演+30分ディスカッション、未定					
6. 講演場所						
7. 聴 講 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。					
	☐ 小学	年生	約	名	備 考	
	☐ 中学	年生	約	名	備 考	
	☐ 高校	年生	約	名	備 考	
	☐ 大学	年生	約	名	備 考	
	☐ 専門	年生	約	名	備 考	
	☐ 保護者		約	名	備 考	
	☐ 教育関係者		約	名	備 考	
	☐ 一般市民		約	名	備 考	
	☐ 医療従事者		約	名	備 考	
	☐ その他		約	名	備 考	
	8. 講演内容	当てはまるものに☑してください。				
		☐ 臓器提供や移植医療の概要：権利・歴史・法律など				
☐ 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						
☐ 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						
☐ 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						
☐ 移植者（もらった人）の思い						
☐ 提供者（あげた人）の家族の思い						
☐ その他：9.自由記載欄に具体的にご記入ください						
9. 自由記載欄						

(送付先)

〒650-8567 神戸市中央区下山手通5丁目10番1号

兵庫県保健医療部医療課医療人材確保班 臓器移植担当者 宛

FAX : 078-362-4267 E-Mail : imu@pref.hyogo.lg.jp