|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  | | | 2.所属 |  |
| 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）30分、20分講演＋10分質問、２０分講演＋10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 |  | | | | |

**FAX：075-811-9138 E-mail: r\_furihara@kyotoyobouigaku.or.jp　担当：京都府臓器移植コーディネーター**