大切な人へのがん検診メッセージカード事業実施要領

（目的）

第１条　本事業は、香川県（以下「県」という。）と「香川県がん検診受診率向上プロジェクト推進企業グループ」の参画企業（以下「企業」という。）が連携し、がん教育を通じて児童生徒のがん検診に関する知識及び理解を深め、児童生徒が学んだ内容をメッセージカードで家族などの大切な人に伝えることにより、県民のがん検診受診率の向上につなげることを目的とする。

（定義）

第２条　この要領において、「サポーター」とは、県が指定するがん検診推進サポーター認定研修を修了した企業の社員、企業の代理店の社員その他企業の関係者をいう。

（対象）

第３条　本事業の対象は、県内の国立、公立及び私立の小学校、中学校、高等学校及び特別支援学校（以下「学校」という。）とする。

（メッセージカード）

第４条　県は、がん検診の重要性等を伝えるためのメッセージカードを制作する。

（授業内容）

第５条　県は、サポーターを学校に派遣し、サポーターは、保健の授業や特別活動等においてがん教育を実施するものとする。また、授業において児童生徒は前条のメッセージカードにメッセージを記入し、授業終了後は家庭に持ち帰るものとする。

（申込み及び決定）

第６条　本事業の活用を希望する学校は、原則として授業実施希望年度の４月末日までに、県に申込書（様式１）を提出するものとする。

２　県は、前項による申込書の提出があったときは、企業との調整を行い、当該年度の６月末日までに、当該学校に対し決定通知書（様式２）を送付する。

３　前項による決定後においても、県が本事業を追加で実施する場合には、本事業の活用を希望する学校は、原則として授業実施希望日の１か月前までに、県に申込書（様式１）を提出することができる。

４　県は、前項による申込書の提出があったときは、速やかに企業との調整を行い、調整の完了後に、当該学校に対し決定通知書（様式２）を送付する。

（変更及び中止）

第７条　前条の規定による決定通知を受けた学校（以下「実施校」という。）は、その後、日程等の内容を変更又は授業を中止しようとするときは、県に対し変更届（様式３）を提出するものとする。

（報告）

第８条　実施校は、授業終了後１か月以内に、県が実施する事後アンケートに回答するものとする。

（授業実施期間）

第９条　本事業における授業の実施期間は、原則として７月１日から翌年２月末日までとする。

（その他）
第 10 条　この要領に定めるもののほか、実施に関して必要な事項は別に定めるものとする。

附　則
この要領は、令和７年７月１日から施行する。

附　則
この要領は、令和８年２月 20 日から施行する。

様式１

番　　号
年　　月　　日

香川県健康福祉部長　殿

学校長

大切な人へのがん検診メッセージカード事業申込書

標記事業を活用したいので、大切な人へのがん検診メッセージカード事業実施要領第６条第１項又は第３項の規定により、次のとおり申し込みます。

<table>
<tr><td>学校名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">実施希望日時</td><td>第１希望</td><td>年　月　日（　）　時　分～　時　分（　分）</td></tr>
<tr><td>第２希望</td><td>年　月　日（　）　時　分～　時　分（　分）</td></tr>
<tr><td>第３希望</td><td>年　月　日（　）　時　分～　時　分（　分）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">実施対象</td><td>対象学年・
クラス数</td><td>（　　）学年　（　　）クラス</td></tr>
<tr><td>実施方法</td><td>該当する項目にチェック(レ点)を入れてください。
☐ １学年全体で実施（サポーター１名）
☐ １学年を複数に分けて実施（１校当たりサポーター３名程度まで）
→ 複数に分けて実施する場合の分割数（　　）</td></tr>
<tr><td>合計人数</td><td>（　　）人</td></tr>
<tr><td>実施場所</td><td colspan="2">該当する項目にチェック(レ点)を入れてください。
☐ 教室
☐ 体育館
☐ その他（　　）</td></tr>
<tr><td>授業実施方法</td><td colspan="2">該当する項目にチェック(レ点)を入れてください。
☐ サポーターによる単独授業
☐ 教員とサポーターの役割分担による授業
（授業実施者：☐ 保健体育科担当 ☐ 養護(助)教諭
☐ 学級担任 ☐ その他（　　））</td></tr>
<tr><td rowspan="4">担当者連絡先</td><td colspan="2">職名・氏名：</td></tr>
<tr><td colspan="2">電話：</td></tr>
<tr><td colspan="2">FAX：</td></tr>
<tr><td colspan="2">メールアドレス：
※原則、メールで連絡しますので、メールアドレスを必ず御記入ください。</td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

様式２

第　　号
年　　月　　日

学校長　殿

香川県健康福祉部長

大切な人へのがん検診メッセージカード事業実施決定通知書

年　月　日付け　　号で申込みのあった、大切な人へのがん検診メッセージカード事業の実施については、大切な人へのがん検診メッセージカード事業実施要領第６条第２項又は第４項の規定により、次のとおり決定したので通知します。

実施日時	年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分
サポーター （所属企業名・氏名）	
同行県職員 （職名・氏名）	

様式３

番　　号
年　　月　　日

香川県健康福祉部長　殿

学校長

大切な人へのがん検診メッセージカード事業変更届

年　月　日付け　　第　　号で決定された内容について、下記のとおり変更が生じたため、大切な人へのがん検診メッセージカード事業実施要領第７条の規定により届け出ます。

記

変更前	変更後