性教育出前講座　申込書

様式１

一般社団法人　徳島県助産師会

地域母子保健推進委員会

|  |  |
| --- | --- |
| 実施希望日 | 令和　　　年　　　月　　　日　　第２希望日（※必須）　　　　月　　　　日 |
| 施設名代表者名 |  |
| 住所 | 〒　　 |
| 電話 |  |
| メール |  |
| 施設担当者 | 氏名 |
| 対象学年 | 　　年　　組講話時間（　　時　　分　～　　時　　分） | 男子（　　名）・女子（　　名）合計（　　名） |
| 　　年　　組講話時間（　　時　　分　～　　時　　分） | 男子（　　名）・女子（　　名）合計（　　名） |
| 　　年　　組講話時間（　　時　　分　～　　時　　分） | 男子（　　名）・女子（　　名）合計（　　名） |
| 同席者 | 教師（　　名）・保護者（　　名）・その他（　　名）・合計（　　名） |
| 希望テーマ内容・方法 |  |
| 連絡事項 |  |
| 費用 | 講師料は1時間につき15000円（交通費含む） |
| 振込先 | 一般社団法人　徳島県助産師会　会長　舩戸豊子阿波銀行　佐古東支店　普通　口座番号　1130584 |
| 申込先 | 川西節子（地域母子保健推進委員会　性教育出前講座担当）〒776-0010　吉野川市鴨島町鴨島字本郷235-1メール：s.kawanishi.mw@outlook.jp携帯電話：090-4783-8129 |

＊性教育出前講座の申込はメールでお願いします。

後日、担当助産師の氏名等をメールで連絡させて頂きます。

ご不明な点は川西までご連絡ください。

**＊準備の都合上　講座開催の1.5か月から2か月前に申し込みをお願いします。**

2023年9月改定