

性教育出前講座 申し込み書

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 月 日)			
施設名 代表者名				
施設名 電話番号 メール	〒 住所			
	電話	F a x		
	メール；			
施設 担当者名	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 船戸 豊子 阿波銀行 佐古東支店 普通 口座番号 1130584			
申込み先	野口 三恵子 (地域母子保健推進委員会 性教育出前講座担当) 〒776-0035 吉野川市鴨島町森藤1187-1 電話・FAX；0883-24-0668 携帯電話；090-6281-3077 メール； noguchi.myh@outlook.jp			

*性教育出前講座の申し込みはFAX又は郵送にてお願い致します。
後日、担当助産師の氏名等のご連絡をさせていただきます。ご不明な点は野口までご連絡下さい。

2020.5.改訂

