

(公社) いはらき思春期保健協会宛て

A 思春期アドバイザー（性教育講演会）派遣 申し込み書

B 専門講師派遣 申し込み書

*A B いずれの申し込みをされるのか、必ず○をつけてください。

申込は下記にご記入の上、FAXでお送りください。

項目	内 容
申込年月日	平成 年 月 日
学 校 名	
住 所	〒
電話・FAX	TEL FAX
担 当 者 名	
講演希望日	小・中・高 年生対象 名 年保護者対象 名 第一希望 平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 第二希望 平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 第三希望 平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
講師に関する 要望	
講演内容への 要望	
講演形態への 要望	
講師派遣料振込 元口座名義人	

↓ FAX 029-305-7564

<協会記入欄>

受理年月日	平成 年 月 日	受理・確認書送信担当者名
確認書送信	平成 年 月 日	
学校担当者との 打ち合わせ内容		
担 当 講 師		

(公社) いはらき思春期保健協会 Tel 029-305-7563

