

(公社) いはらき思春期保健協会宛て

平成29年度 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 *日程調整の都合上、第三希望までご記入願います。	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