

(公社) いはらき思春期保健協会宛て

令和4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	年 月 日
学校名	
住所	〒
電話・FAX	TEL FAX
担当者職氏名	
講演希望日 *必ず、第三希望まで、ご記入願います。	小・中・高 年生対象 年 名 年 名 保護者(其の校におけるリモート配信のみ) 名 第一希望 年 月 日() 時 分 ~ 時 分 第二希望 年 月 日() 時 分 ~ 時 分 第三希望 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	年 月 日	受理・確認書送信担当者名
確認書送信	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