

(公社) いはらき思春期保健協会宛て

令和5年度 A 思春期アドバイザー派遣申し込み書

(水戸教育事務所管内及び鹿行教育事務所管内限定)

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 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 確認書送信	年 月 日 受理・確認書送信担当者名 年 月 日
学校担当者との 打ち合わせ内容	
担当講師	

問い合わせ先 (公社) いはらき思春期保健協会 Tel. 029-305-7563 (火曜日9時半から11時半)