

一般社団法人高知県助産師会

「いのちの出前講座」申込書(高知市外用)

<学校名等記入欄>

学校名	学年	人数
住所〒		
連絡先電話番号	内線・部署	
担当者名	担当者職名	
講座希望時期・日時		

【講座内容のご希望】

以下のいずれかに○印をお願いします。

低学年向け ( ) 中学年向け ( ) 高学年向け ( )

その他 ( ) 下記に内容をご記入ください

--

<派遣講師についてご希望がありましたらご記入ください>

希望講師氏名
--------

\*希望助産師が当会の方でない場合は、こちらで調整させていただく場合があります。

申込 FAX 番号：088-855-8586 高知県助産師会 担当:秋澤由里

問合せ先電話番号：088-855-8533 子育て・女性支援センター高知(秋澤)