

一般社団法人高知県助産師会

「いのちの出前講座」申込書

<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下さい

--

<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。

申込先 : FAX 088-823-9926 学校教育課 石川 絹子
問合せ先 : TEL 088-855-8533 子育て・女性健康支援センター高知 秋澤 由里