

「思春期保健セミナー」申込書

お手数ですが、以下をご記入のうえメールにてお申し込みください。

mw-saitama@royal.ocn.ne.jp

《各項目の該当するものに○をつけ、必要事項をご記入ください》

お申込み	学校名：
学校名	ご住所：〒
連絡先	氏名： 職種： 電話： FAX： メールアドレス：
開催希望日時 令和5年2月末日まで	第1希望:令和 年 月 日() 時 分～ 時 分 第2希望:令和 年 月 日() 時 分～ 時 分 第3希望:令和 年 月 日() 時 分～ 時 分
受講対象者	小学生・中学生・高校生・保護者・教諭・その他() 学年()クラス数()総人数()
開催場所	体育館・教室・講堂() その他()
講義のテーマ ・内容 (希望される 内容をお書き ください)	【テーマ】 【内容】
講師料	無料(埼玉省委託事業)

※オンライン開催をご希望の場合は、その旨ご相談ください。

一般社団法人 埼玉県助産師会

FAX : 048-799-3614

メールアドレス : mw-saitama@royal.ocn.ne.jp