

一般社団法人高知県助産師会

高知市立学校用「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: 第1希望 第2希望 第3希望	
講座内容(希望する内容に☑してください) <input type="checkbox"/> 生命尊重(いのちの繋がり、胎児の成長、いのちの誕生など) <input type="checkbox"/> 身体の発育・発達(男女の身体理解、二次性徴など) <input type="checkbox"/> 心の発達(心の健康、思春期の心の変化など) <input type="checkbox"/> 予期せぬ妊娠と人工妊娠中絶の予防 <input type="checkbox"/> 性感染症の予防 <input type="checkbox"/> 性の多様性 <input type="checkbox"/> いのちの安全教育(プライベートパーツ、性的な暴力、より良い人間関係など) <input type="checkbox"/> 保育・子育て(赤ちゃんの成長、家族・家庭など) <input type="checkbox"/> その他 ()	

<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 :
講師以外のアシスタント講師(講師育成のため。報酬不要)参加について <input type="checkbox"/> 参加可能 <input type="checkbox"/> 参加不可

*希望助産師が高知県助産師会会員でない場合は、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 : 一般社団法人高知県助産師会 (〒780-8040 高知市神田 887-2)

子育て・女性健康支援センター高知 担当:秋澤 由里 TEL 088-855-8533