

FAX 088-855-8586

一般社団法人高知県助産師会

高知市以外の学校用「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	希望時間単位 ☐ 1) 60分以内 ☐ 2) 60分以上100分以内 講師謝金: 1) 1万円、2) 1万5千円
講座内容(希望する内容に☑してください) ☐ 生命尊重(いのちの繋がり、胎児の成長、いのちの誕生など) ☐ 身体の発育・発達(男女の身体理解、二次性徴など) ☐ 心の発達(心の健康、思春期の心の変化など) ☐ 予期せぬ妊娠と人工妊娠中絶の予防 ☐ 性感染症の予防 ☐ 性の多様性 ☐ 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) ☐ 保育・子育て(赤ちゃんの成長、家族・家庭など) ☐ 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 ☐ 参加可能 ☐ 参加不可

*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。

〒780-8040 高知市神田887-2

申込先: FAX 088-855-8586

一般社団法人高知県助産師会

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