

高知市立学校用「いのちの出前講座」申込書

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（	

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

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