令和　　年　　月　　日

宮城県産婦人科医会　　御中

学校名・団体名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所　属　長　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

「プレコンセプションケア等講演会」講師派遣依頼について

1．希望年月日：第１希望　令和　年　月　日（　）※講師決定の協議を円滑
第２希望　令和　年　月　日（　）　に行う為，希望日時は
第３希望　令和　年　月　日（　）　第３希望までご記入願います。

希望日毎に異なる場合はそれぞれに明記願います。↓

2．希 望 時 間：午前（　：　～　：　）又は（　：　～　：　）
午後（　：　～　：　）又は（　：　～　：　）
６０分・９０分・１２０分　（質疑応答　含む・含まない）

3．講 演 場 所：施設名
住　所
ＴＥＬ　（　）　－

学年次、保護者、教員等を明記願います。↓

4．対　象　者：　１学年生・２学年生　（約　名）

5．講 演 目 的：

6．希望テーマ：

7．交 通 機 関：　（ 送迎　有 ・ 無 ）

8．謝　礼　金：　円 ［ 交通費含む ・ 別途（　円）］

9．連　絡　先：施 設 名

担当者名　←産婦人科医会からの連絡にご対応いただける方

Ｔ Ｅ Ｌ　（　）　－
Ｆ Ａ Ｘ　（　）　－

※ **講師については宮城県産婦人科医会性教育委員会において決定させていただきます。**

※ ↗　ご内諾をいただいている場合、ご希望の先生がいらっしゃる場合は明記願います。