

「学校と連携した妊娠・出産に関する啓発事業」実施依頼書

平成 年 月 日

学校名		代表者名	
所在地 (住所)	〒		

下記のとおり、「学校と連携した妊娠・出産に関する啓発事業」を依頼します。

記

実施日	第1候補：平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
	第2候補：平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
	第3候補：平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
* 2校時分など、60分間の講義時間の確保に、できるだけ御協力をお願いします。	
場所	会場名 定員 人 所在地 TEL FAX 最寄りの交通機関 線 駅下車 徒歩・バス・自動車 分 ■設備 パワーポイントの使用 可・不可 ホワイトボード・黒板の使用 可・不可
参加人数 (学年)	年生 ・ 人
依頼者連絡先	担当者氏名： 電話番号： FAX番号： Eメールアドレス：
その他	一般に 公開 ・ 非公開

【提出先】 公益社団法人 京都府助産師会

住所：〒604-8493 京都市中京区西ノ京南両町 33-1

TEL：075-841-1521

Eメール：kyoto-midwife@ray.ocn.ne.jp

※実施校につきましては、開催地域や実施希望日、実績等を踏まえて決定させていただきます。あらかじめ御了承ください。