

この Fax の受信元が病院の場合、お手数ですが、産婦人科責任者にお渡しください。

性に関する講演 申込書

* 申込者は山形県内の学校関係者に限ります。

* 講師リストより希望する医療機関宛てファックスでお申込みください。

* お申込み後、1週間を過ぎてもお返事がない場合は山形県産婦人科医会事務局 (yama.aog@gmail.com) までメールにてご連絡ください。その際、この申込書を添付してください。

講演依頼医療機関名

御中

年 月 日

学校名

担当者氏名

〒

連絡先住所

連絡先電話番号

E-mail

開催希望日時について

第1 希望日時

月 日 () : ~ :

第2 希望日時

月 日 () : ~ :

第3 希望日時

月 日 () : ~ :

対象者について

学年 年生 名程度参加の予定。保護者の参加 有 ・ 無

会の名称について

開催場所について (連絡先住所と異なる場合のみご記入ください。)

* 所定の様式に基づき、本会ホームページ上で公開する講演会の報告記事を作成いただけますか? はい ・ いいえ

講演料について (いずれかにチェックを入れてください。)

- 公的事業の活用 (事業名 _____)
- 学校独自の予算 (_____ 円)
- その他 (_____ 円)

その他、連絡事項等ありましたらご記入ください。