

(公社) いはらき思春期保健協会宛て

**令和6年度 思春期アドバイザー派遣申込書**  
(水戸教育事務所管内及び鹿行教育事務所管内限定)

申し込み希望あり (実施予定月 月頃)

(申し込み希望ありの締め切り: 5月末日まで)

項目	内 容
申込年月日	年 月 日
学 校 名	
住 所	〒
電 話 ・ F A X	TEL FAX
担当者職氏名	
講演希望日	小 ・ 中 ・ 高 年生対象 年 名 年 名 保護者 名
*必ず、第三希望まで、ご記入願います。	第一希望 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分 第二希望 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分 第三希望 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
内容への要望	
形態の要望	
講師派遣料振込	



元口座名義人	
--------	--

**FAX 029-305-7564**

<協会記入欄>

受理年月日	年 月 日	受理・確認書送信担当者名
確認書送信	年 月 日	
打ち合わせ内容		
担当講師		

問い合わせ先（公社）いはらき思春期保健協会

TEL 029-305-7563（火曜日9時半から11時半）

（公社）いはらき思春期保健協会宛て

**令和6年度 専門講師派遣申込書**

**申し込み希望あり（実施予定月 月頃）**

**（申し込み希望ありの締め切り：5月末日まで）**

項目	内 容	
申込年月日	年	月 日
学 校 名		
住 所	〒	
電 話 ・ F A X	TEL	FAX
担当者職氏名		

講演希望日 *必ず、 <u>第三希望</u> まで、ご記入願います。	小・中・高 年生対象	年	名
		年	名
		保護者	名
	保護者のみ対象	名	職員のみ対象
第一希望	年	月	日 ( ) 時 分 ~ 時 分
第二希望	年	月	日 ( ) 時 分 ~ 時 分
第三希望	年	月	日 ( ) 時 分 ~ 時 分
希望講師名			
内容への要望 詳細は、講師と 直接ご相談ください。			

**FAX 029-305-7564**

<協会記入欄>

受理年月日	年	月	日	受理・確認書送信担当者名
確認書送信	年	月	日	
打ち合わせ内容				
担当講師				

問い合わせ先 (公社) いはらき思春期保健協会

TEL 029-305-7563 (火曜日 9時半から 11時半)