（様式１－２）

B③

**思春期教育「いのちの教育」依頼書**

**公益社団法人高知県看護協会 助産師職能委員会**

**電話：088-844-0678**

**FAX：088-844-0053**

**注）講義日から２ヶ月以上前に、この依頼書にてFAXでご依頼ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名 |  |
| 学校責任者名 |  |
| 住　所 |  |
| 連絡先 | 電話：  FAX： |
| 対象学年 |  |
| 受講者数 |  |
| 貴施設の担当者名 |  |
| 実施希望日 |  |
| 希望の講義内容 |  |