あて先：新宿区 女性の健康支援センター

（四谷保健センター業務係）宛

**ＦＡＸ：03(3351)5166**

新宿区 女性の健康支援センター

出前講座依頼書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 団体の名称 | 部署名 | | | |
| 所在地 | 東京都新宿区 | | | |
| 代表者氏名 |  | | | |
| 担当者氏名 | フリガナ | 連絡先 | | TEL :  FAX : |
|  |
| 対　象  ○をつけてください | 区民　　小学生　　中学生　　高校生　　大学・大学院生　　専門学校生  保護者　　社会人（業種：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 対象人数 | 名　（男性：　　　名、女性：　　　　名） | | | |
| 希望時期 | 令和　 年　　月　　　日（　　） | 時間 | 時　　分～　　時　　分まで | |
| 講座実施会場 | 施設名　　　　　　　　　　　　　 住所 | | | |
| 希望内容  （なるべく具体的にお書きください） | ◆　以下のメニューから選んでください。（番号に○をつけてください。）  　１．思春期（８～18歳ごろを対象とした講座）  　２．性成熟期（18～45歳ごろを対象とした講座）  　３．更年期（45～55歳ごろを対象とした講座）  　４．閉経以降（55歳～を対象とした講座）  　５．その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ＜希望内容＞ | | | |
| 備考 |  | | | |

新宿区健康部四谷保健センター所長　　　　　　　　　　依頼日　令和　　年　　月　　日

**事務局処理欄（記入不要）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所長 | 係長 | 主査 | 担当者 |
|  |  |  |  |

※　上記について了承する。

　　　出前講座の実施について、

　　　令和　　年　　月　　日に

　　　担当者あてに連絡済み。