

新宿区 女性の健康支援センター

出前講座依頼書

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

新宿区健康部四谷保健センター所長

依頼日 令和 年 月 日

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			

事務局処理欄(記入不要)

※ 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。

所長	係長	主査	担当者