

※講座数には限りがあります。申込みが定数になり次第、受付を終了します。

一般社団法人 鳥取県助産師会 西江 宛

ファクシミリ番号：0859-37-5017

令和2年度 「未来のパパママ育み出前教室」 実施申込書

学校名：_____

住所：_____

電話番号：_____

担当者名：_____

■「未来のパパママ育み出前教室」の実施について、下記のとおり申し込みます。

1 実施希望時期（日時）（ _____ ）

2 実施方法等（*現時点で想定されている範囲で御記入ください）

①実施学年 _____ 年（該当学年は _____ 学級・生徒数 _____ 名）

②1講座あたりの学級数 _____ 学級ずつ（※合計講座回数 _____ 回）

※出前教室を実施する教室の単位を「講座」としています。

6学級ある学年を3学級ずつ2つに分けて出前教室を実施する場合の講座回数は2回となります。

③希望講座時間 _____ 分間（助産師が実施（担当）する正味時間を御記入ください。）

④授業の位置づけ（ _____ ）

※記載例：家庭科の授業、総合的な学習の時間、性教育LHR等

3 その他要望事項