**プレコンセプションケア出前講座　申し込み書**

**（公社）神奈川県助産師会**

|  |  |
| --- | --- |
| **講座希望日時** | 第１希望　　　年　　　月　　　日　　　（　　　時～　　　時）第２希望　　　年　　　月　　　日　　　（　　　時～　　　時）　　 |
|  | **社名** |  |
| **所在地** | **〒** |
| **ご担当者名** |  |
| **お電話番号** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **講座対象者**※（　）内は人数を記載してください | **男性（　　）人**10歳代(　　)・20歳代（　　）・30歳代(　　)・40歳代(　　)・50歳以上(　　)**女性（　　）人**10歳代(　　)・20歳代（　　）・30歳代(　　)・40歳代(　　)・50歳以上（　　）**合計（　　　　）人** |
| **ご希望講座内容に☑をしてください****※その他はご記入ください** | □プレコンセプションケアとは□女性のからだ・男性のからだ・ホルモンのはたらき□健康なからだ・病気の予防・喫煙・肥満など□幸せなSEX・避妊・妊娠・出産□あかちゃんの誕生・成長□産後のからだの変化・母乳のこと・あかちゃんのいる生活□自分をまもる・SNSについて□健康なこころ　　　　□リプロダクティブヘルス/ライツ□ジェンダーについて□自分の未来像について・仕事と家事/プライベートの両立□いろいろな制度・支援□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **申し込み先** | **（公社）神奈川県助産師会事務局****FAX　０４５－３４８－９０２０** |

**記入日　　　　　年　　　月　　　日**