**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**