滋賀県 子ども若者部子育て支援課母子保健係　あて

申請者　住　所

氏　名

（法人にあっては名称および代表者の氏名）

担当者

氏　名

（法人にあっては担当者、連絡窓口の方の氏名）

連絡先電話番号

**滋賀県不妊治療と仕事の両立支援出前講座申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 開催希望日時  ＊候補日は必ず　　　第３候補まで　　　　ご記入ください。 | 第１候補：令和　　　　　年 月　　　　　　日（　　　　　）  午前　・　午後　　　　　　時　　　　　　　分～  第２候補：令和　　　　　年 月　　　　　　日（　　　　　）  午前　・　午後　　　　　　時　　　　　　　分～  第３候補：令和　　　　　年 月　　　　　　日（　　　　　）  午前　・　午後　　　　　　時　　　　　　　分～ |
| 参加予定人数 | 人 |
| 希望開催方法 | １　対面による講義  　２　オンライン開催　　　　使用するシステム（　　　　　　　　　　　） |
| 対面の場合の  開催予定場所 | （住所：　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| オンラインの場合 | 使用するオンライン会議システム等ホストの準備の可否  　　　　可能　・　困難  ＊準備が困難な場合、zoomによるオンラインを滋賀県にて準備します。 |
| 備 考 |  |

＜お問合せ・申込み先＞

滋賀県 子ども若者部子育て支援課母子保健係

　〒520-8577　大津市京町四丁目１-１　　TEL077-528-3567　 FAX077-528-4868

E-ｍail　boshihoken@pref.shiga.lg.jp