

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

(法人にあつては名称および代表者の氏名)

担当者

氏名

(法人にあつては担当者、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