

別紙(送信票 不要)

FAX 077-528-4868

Email:boshihoken@pref.shiga.lg.jp

滋賀県子ども若者部子育て支援課母子保健係 あて



令和6年度不妊症・不育症講演会・相談会申込書

締め切り:令和7年1月31日(金)

氏名	お住まいの市町名	個別相談希望 ※有の場合、不妊や不育、男性不妊どちらを希望するか○をしてください。
		無・有(不妊や不育 / 男性不妊)
		無・有(不妊や不育 / 男性不妊)

連絡先(TEL) _____

連絡先(E-mail) _____

※E-mail も必ずご記入ください。

個別相談を希望された方は相談したい概要をご記入ください。

※内容の確認等のため、電話やメールにて連絡させていただくことがあります。