

メールアドレス:hokenkanri@city.niigata.lg.jp
FAX番号:025-246-5672

新潟市保健所 保健管理課 担当者 宛

性感染症予防講座 講師派遣申込書

令和 年 月 日

申込学校	学 校 名					
	学校所在地					
	担 当 者 連 絡 先 等	担当者名		職名		
		電話番号				
		FAX番号				
e-mail						
派遣希望日時	第1希望	令和 年 月 日	午前・午後 時 分から	(分間)		
			午前・午後 時 分まで			
聴講の対象者 及び人数	対象者					
	人 数					
特記事項 (ご要望等があればお書きください)						