

(送付先)

甲府市健康支援センター（甲府市保健所）課 係 行

甲府市健康支援センター（甲府市保健所）教育事業 実施申請書

令和 年 月 日

(あて先) 甲府市長

学 校 名 _____

校 長 名 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

担 当 者 名 _____

このことについて、次の通り申請します。

希 望 す る 教 育 事 業 （“○” を記入）	エイズ及び性感染症に 関する知識普及啓発講習会 （医務感染症課）	甲府市思春期食育推進事業 （地域保健課食育係）	甲府市がん教育事業 （地域保健課保健予防係）
送付先 メールアドレス	imkansen@city.kofu.lg.jp	kennkouei@city.kofu.lg.jp	kennkouei@city.kofu.lg.jp
希望日時 ※第3希望 まで記載	第1	年 月 日 () 時 分～ 時 分	
	第2	年 月 日 () 時 分～ 時 分	
	第3	年 月 日 () 時 分～ 時 分	
会 場			
授業・活動名			
学 年			
参 加 人 数	人（男 人、女 人）		
希 望 内 容 （具体的に）			
備 考			