

(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、次のとおり申請します。

希 望 す る 教 育 事 業 （“○”を記入）	甲府市 思春期保健事業 （母子保健課）	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）	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）
送付先 メールアドレス	boshihoken@city.kofu.lg.jp	kennkouei@city.kofu.lg.jp	kennkouei@city.kofu.lg.jp	imkansen@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				