山梨県　性（生）教育講師派遣　依頼書

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼者 | 学校名：  担当者：  連絡先： |
| 対象者 |  |
| 日　　　時 | 令和　　年　　月　　日　／　　 時　　　分　～　　　時　　　分 |
| 希望講師名 | 希望する講師がいる場合は記載してください。  病・医院名：  氏　　　名： |
| テーマについて  （希望の項目に〇） | （　　）性（生）教育全般  （　　）プライベートゾーン、ふれあい12段階  （　　）LGBTQ＋、性別違和、性別不合  （　　）性的同意、避妊、性感染症  （　　）第一次性徴、第二次性徴（月経、精通）  （　　）性被害、性加害、性犯罪  （　　）デートDV、自傷行為  （　　）プレコンセプションケア  （　　）やせ・肥満、栄養、骨粗鬆症  （　　）子宮頸がん、HPV  （　　）困った時どこに相談したらいいの？  （　　）その他・・・  （　　）テーマを決めてのワークショップ |
| 同行者について  （該当するものに〇） | （　　）認められない  （　　）場合により認める  　　　　　例）ウイメンズグループ  　　　　　　　やまなし性暴力被害者支援センター（かいさぽももこ）  　　　　　　　　山梨県警察本部捜査一課企画・指導係  　　　　　　　　山梨県児童相談所  　　　　　　　　山梨県弁護士会  　その他にあればご記載ください |
| 謝　金 | 円 |

連絡先

山梨県医師会性（生）教育講師派遣窓口

TEL：055-226-1611　FAX：055-226-1614

Email：info@yamanashi.med.or.jp