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〇をしてください。 |
|  |  | 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。