

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



不妊症・不育症医療講演会・相談会参加申込書

締め切り：令和8年2月10日(火)

氏 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○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）

※TEL は緊急の連絡や、申込内容の確認が必要な場合のみに使用します。

個別相談を希望された方は相談したい内容をご記入ください。
※個別相談を希望された方は、内容の確認等のため、電話やメールをさせていただきます。