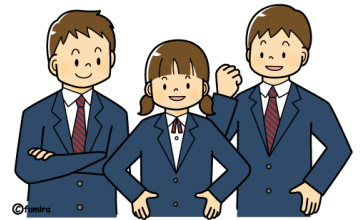


令和4年度 性教育セミナー 申込要領



今年度も長崎県看護協会の助産師が各学校へ出向き、性教育セミナーを開催します。テーマ・内容は、各学校のご希望（対面・オンラインどちらでも対応できます）に合わせて行い、内容によっては胎児人形や妊婦ジャケットを用いて講義を行います。

別紙申込書により、5月18日（水）必着でお申し込みください。

申込方法

☆対象者：小・中学校、高等学校

☆開催回数：年間 20 校まで（応募多数の場合は、選考により決定します）

☆別紙申込書により、下記問合せ先へ FAX またはメールにてお申し込みください。

（※お申込みは必ず長崎県看護協会へお願いします。）

☆申込締切日：5月18日（水）必着

☆申込後の流れ

- ①申込後、日程調整の連絡があります。
- ②開催 1ヶ月前までに講師より担当者の方へ連絡があります。
- ③性教育セミナー実施後 1 週間以内に、実施報告書を長崎県看護協会へ FAX またはメールにて提出し、講師料をお振込みください。

講師料・交通費

☆看護協会の規定にて講師 1 人 1 時間につき 5,000 円（助手は除く）+交通費（1,000 円）

※離島の場合の交通費は実費とさせていただきます。

※オンライン授業の場合も交通費（1,000 円）が必要となります。

☆講師料の入金方法につきましては、実施後2週間以内に指定口座へのお振込をお願いいたします。また、源泉税は、当協会で源泉徴収を行いますので、差し引かずにお支払い願います。

☆学校訪問やオンラインによる事前打合せを行う場合は、1日につき 1,000 円ご負担願います。ただし、電話のみによる打ち合わせは、費用の負担はありません。

☆セミナーに必要な物品の郵送、返送時の費用をご負担していただく場合がございます。

振込先

十八親和銀行 桜町支店

口座番号 普通預金：0006435

口座名義 公益社団法人 長崎県看護協会

問い合わせ先

公益社団法人 長崎県看護協会

TEL 0957-49-8050 / FAX 0957-49-8056

E-mail:soumu@nagasaki-nurse.or.jp

❁ご不明な点、ご質問等ございましたら、お気軽にお問い合わせ下さい。



令和4年度 性教育セミナー申込書

| | |
|---------------|---|
| ● 希 望 日 | 第1希望 年 月 日 () 第2希望 年 月 日 () 第3希望 年 月 日 () |
| ● 時 間 | 時 分 ~ 時 分 (時間) |
| ● 授 業 形 式 | <input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> オンライン (Zoom) |
| ● 学 年 | 学年 名 学年 名 学年 名 |
| ● テ ー マ ・ 内 容 | <input type="checkbox"/> 命の大切さ・命の始まり <input type="checkbox"/> からだのしくみ <input type="checkbox"/> 体の変化と心の変化 <input type="checkbox"/> 受精 (妊娠のしくみ) <input type="checkbox"/> 生命の誕生 <input type="checkbox"/> 性交について <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 避妊 <input type="checkbox"/> 性感染症 <input type="checkbox"/> 性の自己決定 (性同一性障害等) <input type="checkbox"/> その他 () |
| ● 体 験 内 容 | <input type="checkbox"/> 妊婦体験 <input type="checkbox"/> 胎児・新生児モデル人形抱っこ体験 <input type="checkbox"/> その他 () |
| ● 使用を希望する教材 | <input type="checkbox"/> 妊婦体験ジャケット <input type="checkbox"/> 胎児人形 |

申込受付期間：令和4年4月1日(金)～5月18日(水) 必着

年 月 日

学 校 名

住 所

T E L

F A X

担 当 者

長崎県看護協会 助産師職能委員会宛

F A X 0957-49-8056 E-mail soumu@nagasaki-nurse.or.jp

性教育セミナー 実施報告書

公益社団法人長崎県看護協会長 様

学校名 _____

担当者名 _____

電話番号 () _____

| | | | | |
|---|-----------------------------|---|-------------------------------------|-----|
| 1 | 実施日 | 年 月 日 () | | |
| 2 | 実施時間 | 時 分 ~ 時 分 (時間) | | |
| 3 | 講師料 | 1時間につき5,000円。1時間を超える場合は、30分単位で計算。 <input type="checkbox"/> 1時間 5,000円 <input type="checkbox"/> 1時間以上1.5時間以内 7,500円 <input type="checkbox"/> 1時間半を超えて2時間以内 10,000円 | 金額 (①) | |
| 4 | 授業形式 | <input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> オンライン (zoom) | 交通費 (②) ※オンラインの場合も手数料として1,000円徴収 | |
| 5 | 事前打ち合わせの有無 ※電話によるものは含まない | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 1,000円 ※以下記入してください 打ち合わせ日付：_____月_____日 <input type="checkbox"/> 学校訪問 <input type="checkbox"/> オンライン (Zoom) | 日当 (③) | |
| 6 | 講師料 | ※源泉税は差し引かずにご入金ください。 合計金額 (①+②+③) | | ¥ - |
| 7 | 振込予定日 | _____月_____日に指定の口座に振り込みます。 | | |

| | |
|------|--|
| 振込方法 | 下記口座に、セミナー実施後 2週間以内に入金 してください。 十八親和銀行 桜町支店 口座番号 普通預金：0006435 口座名義 公益社団法人 長崎県看護協会 |
| 提出先 | 公益社団法人長崎県看護協会 総務部 宛て 実施報告書を、性教育セミナー実施後1週間以内にご提出ください。 FAXまたはメールに添付して送信してください。 FAX：0957-49-8056 E-mail：soumu@nagasaki-nurse.or.jp |

令和4年 7月 15日

性教育セミナー 実施報告書 (記入例)

報告書発送日の日付
実施後1週間以内に発送

公益社団法人長崎県看護協会 様

学校名 ○△□小学校

担当者名 ○○ ○○

電話番号 0957 (○○)○○○3

1~7項目について入力
してください。
□の当てはまるところ
に「☑」を入れてくだ
さい。

| | | | | |
|---|-----------------------------|--|--------------------------|-----------------|
| 1 | 実施日 | 2022年 7月 13日 () | | |
| 2 | 実施時間 | 14時 00分 ~ 15時 30分 (1.5 時間) | | |
| 3 | 講師料 | 1時間につき5,000円。1時間を超える場合は、30分単位で計算。 | 金額 (①) | 7500 |
| | | <input type="checkbox"/> 1時間 5,000円 <input checked="" type="checkbox"/> 1時間以上1.5時間以内 7,500円 <input type="checkbox"/> 1時間半を超えて2時間以内 10,000円 | | |
| 4 | 授業形式 | <input checked="" type="checkbox"/> 対面 | 交通費 (②) | 1,000 |
| | | <input type="checkbox"/> オンライン (zoom) | ※オンラインの場合も手数料として1,000円徴収 | 1,000 |
| 5 | 事前打ち合わせの有無 ※電話によるものは含まない | <input type="checkbox"/> なし | 日当 (③) | 1,000 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> あり 1,000円 ※以下記入してください 打ち合わせ日付: <u>7</u> 月 <u>6</u> 日 <input type="checkbox"/> 学校訪問 <input checked="" type="checkbox"/> オンライン (Zoom) | | |
| 6 | 講師料 | ※源泉税は差し引かずにご入金ください。 合計金額 (①+②+③) | | ¥ 9,500 |
| 7 | 振込予定日 | <u>7</u> 月 <u>19</u> 日に指定の口座に振り込みます。 | | 自動計算式が挿入されています。 |

| | |
|------|---|
| 振込方法 | 下記口座に、セミナー実施後2週間以内に入金してください。 十八親和銀行 桜町支店 口座番号 普通預金：0006435 口座名義 公益社団法人 長崎県看護協会 |
| 提出先 | 公益社団法人長崎県看護協会 総務部 宛て 実施報告書を、性教育セミナー実施後1週間以内にご提出ください。 FAXまたはメールに添付して送信してください。 FAX：0957-49-8056 E-mail：soumu@nagasaki-nurse.or.jp |