

鹿児島市性教育推進事業実施報告書

学校名 _____

実施日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

時 間 _____ : _____ ~ _____ : _____ (分間)

担当名 _____ サブ担当 _____ 見学 _____

<実施内容および感想・意見等をお書きください>

1. 実施内容

.....

.....

.....

2. 学校の対応について

.....

.....

3. 生徒・保護者・教諭等の反応について

.....

.....

4. その他

.....

※実施後、2週間以内に FAX またはメールで御提出下さい。

◇連絡先

〒890-0064

鹿児島市鴨池新町2-1-5

鹿児島県ナースセンター(担当:今古川・高田)

TEL 099-256-8025

FAX 099-256-8079

E-mail kagoshima@nurse-center.net