

令和 年 月 日

(一社)岩手県薬剤師会 御中

「薬物乱用防止教室」申込書

下記のとおり利用したいので申し込みます。

申込団体名称			
申込担当者	職業（薬剤師・養護教諭・警察・他）		
連絡先 (住所・名称)	住所 〒		
実施日時	令和 年 月 日 ()	:	~ :
実施場所			
対象学年等	参加人数 名		
分類	1. 講演方式 2. DARP連携方式 3. 授業 4. その他		
主たる講話の内容 (複数回答可)	1. 薬物乱用の害について 2. たばこの害について 3. お酒の害について 4. 薬の正しい使い方について 5. サプリメントについて 6. アンチ・ドーピングについて 7. その他 ()		
担当学校薬剤師	氏名		
利用希望の資料 (内容について 不明の際は、 お問い合わせ ください。)	VHS・DVD		
	CD-Rなど		
	パンフレット	小学生用「健康はカッコいい！」	部
		中学生用「どんなときでもダメ。ゼッタイ。」	部
		高校生用「甘い言葉にだまされないで」	部
		中学生用「薬の正しい使い方」	部
		高校生用「医薬品と健康」	部
		一般向け「くすりと健康ミニ百科」	部
資料送付先	住所 〒 および宛名 資料送付先と連絡先が同じ場合は右□にレ点記入 □		
	電話番号 送付希望日		
講師について	☐ 決定済	講師名	
	☐ 未定	(一社)岩手県薬剤師会から講師を派遣します。 講演時間は原則午後の時間帯でお願いできれば幸いです。 問合せ先：くすりの情報センター (TEL 019-653-4591 FAX 019-653-4592)	

情報センター使用欄

資料発送日	伝票番号
-------	------