申込先：岩手県薬剤師会　事務局　　**ＦＡＸ　０１９－６５３－２２７３**

令和　　年月　　日

岩手県薬剤師会事務局　行

**｢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　〒 |
| TEL　　　　　　　　　　　　FAX　　 |
| 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．アンチ･ドーピングについて６．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・ＤＶＤＣＤ-Ｒなど |  |
|  |
| パンフレット | 小学生用**「健康はかっこいい！」** | **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。問合先：くすりの情報センター（ＴＥＬ　０１９-６５３-４５９１　　ＦＡＸ　０１９-６５３-４５９２） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 資料発送日 |  | 伝票番号 |  |

情報センター使用欄