

岩手県薬剤師会事務局 行

「薬物乱用防止教室等」申込書(記載例)

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	盛岡市立〇〇中学校		
申込担当者	岩手太郎	職業 (薬剤師・ <b>養護教諭</b> ・警察・他 )	
連絡先 (住所・名称)	住所 〒020-1234 盛岡市〇〇1-2-3		
	TEL 019-123-4567	FAX 019-123-4568	
実施日時	令和 8 年 1 月 1 日 (木)	10:00 ~ 10:45	
実施場所	盛岡市立〇〇中学校視聴覚室		
対象学年等	3 学年	参加人数	50 名
分類	1. <b>講演方式</b> 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. <b>薬物乱用の害について</b> 2. たばこの害について 3. お酒の害について 4. <b>薬の正しい使い方について</b> 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 盛岡花子		
利用希望の資料  (資料内容は、 岩手県薬剤師会 HP 又は 学校薬剤師に ご確認下さい)	VHS・DVD	No. 84 DVD 未来を選ぶ力 ~薬物についての大切なメッセージ~	
	CD-Rなど		
	パンフレット	「どんなときでも ダメ。ゼツタイ！」	50 部
		「薬の正しい使い方」	50 部
			部
			部
		部	
		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口にレ点記入) <input checked="" type="checkbox"/>		
	電話番号 送付希望日		
講師について	<input checked="" type="checkbox"/> 決定済	講師名 盛岡花子	
	<input type="checkbox"/> 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：岩手県薬剤師会事務局 (TEL 019-622-2467 FAX 019-653-2273)	

情報センター使用欄

資料発送日	伝票番号
-------	------