

(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				
申込担当者氏名			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	平成 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「健康はかっこいい！」		部
		中学生用「どんなときでもダメ。ゼツタイ。」		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		
チラシ「危険ドラッグは毒！」		枚		
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) □			
	電話番号	送付希望日		
講師について	<input type="checkbox"/> 決定済	講師名		
	<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：くすりの情報センター (TEL 019-653-4591)		

情報センター使用欄

資料発送日	伝票番号
-------	------