|  |
| --- |
| 学校→保健所申込用 |

　　　令和　　年　　月　　日

大分県東部保健所

衛生課　食品衛生・薬事班　行き

（FAX：０９７７－６７－２５１２）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

**薬物乱用防止講座申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ |  | 第１希望 令和 　年 　月 　日（　曜日）　　 　時 　 分～ 　時 　分  第２希望 令和 　年 　月 　日（　曜日）　　 　時 　分～ 　 時 　分  第３希望 令和 　年 　月 　日（　曜日）　　 　時 　分～ 　 時 　分 | |
| ２ |  | 所在地 |  |
| 校舎・教室等 |  |
| ３ |  | 生徒 | 年生（　　　　　　）名  　　　　　年生（　　　　　　）名  　　　　　年生（　　　　　　）名  　　　　　年生（　　　　　　）名 |
| 教員等 | 教　員　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　）名  その他　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　）名 |
| ４ | 希望する  講演内容 |  | |
| ５ | 貸出可能な物品  (□に✓を記入) | □ノートパソコン  □プロジェクター  □スクリーン  □レーザーポインタ  □ＤＶＤプレーヤー  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ６ | 備考 |  | |