令和　　年　　月　　日

　広島県北部保健所生活衛生課長　様

所在地

学校名・担当者名

連絡先（TEL等）

薬物乱用防止教室の講師派遣申込について（依頼）

　このことについて、次のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 開催希望日時 | 第１希望　　　　　年　　　月　　　日（　　　）  　　　　　　　　　時　　　分～　　　時　　　分 |
| 第２希望　　　　　年　　　月　　　日（　　　）  　　　　　　　　　時　　　分～　　　時　　　分 |
| 開催予定場所 | 学校名 |
| 所在地 |
| 参加予定人数 | 児童・生徒（　　　学年）　　　　人 |
| 教員　　　　　　　　　　　　　　人 |
| その他（　　　　　　　）　　　　人 |
| 使用可能機材 | あてはまるものに○をしてください。  パソコン・プロジェクター・スクリーン・DVDプレーヤー |
| 希望する内容 |  |

【申込先】広島県北部保健所　生活衛生課宛

　　　　　（メール）fjnseikatsu@pref.hiroshima.lg.jp

　　　　　　（電話）　0824-63-5187

令和　　年　　月　　日

　広島県北部保健所生活衛生課長　様

所在地

学校名・担当者名

連絡先（TEL等）

薬物乱用防止教室の実施結果について（報告）

　このことについて、次のとおり報告します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開催日時 | 年　　　月　　　日（　　　）  　　　　時　　　分～　　　時　　　分 | |
| 開催場所 | 学校名 |  |
| 所在地 |  |
| 参加人数 | 児童・生徒（　　　　学年）　　　　　人 | |
| 教員　　　　　　　　　　　　　　　　人 | |
| その他（　　　　　　　　）　　　　　人 | |
| 感想・意見等 |  | |

【送付先】広島県北部保健所　生活衛生課　宛

　　　　　（メール）fjnseikatsu@pref.hiroshima.lg.jp

　　　　　　（電話）　0824-63-5187