「薬物乱用防止講習会」実施申込書

令和　　年　　月　　日

希　望　日　時	第一希望：令和　　年　　月　　日（　　） 第二希望：令和　　年　　月　　日（　　） 第三希望：令和　　年　　月　　日（　　） 午前・午後　　時　　分　～　　時　　分 午前・午後　　時　　分　～　　時　　分
貴　校　名	
御　住　所 電　話　番　号 F　A　X	
校　長　先　生 お　名　前	
担　当　教　諭 お　名　前	
出　席　者　数	年生　　名 教員・保護者　　名　　計　　名
ビデオ視聴希望	有　・　無

≪お願い≫　上記申込書に該当事項をご記入のうえ、当会宛ご返送下さい。

（一社）杉並区薬剤師会

〒167-0051
東京都杉並区荻窪 4―21―17
Fax：０３－３３９３－３５５７
✉：　info@sugiyaku.or.jp