

「薬物乱用防止講習会」実施申込書

平成 年 月 日

希 望 日 時	第一希望：平成 年 月 日 () 第二希望：平成 年 月 日 () 第三希望：平成 年 月 日 () <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 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