

「喫煙防止講習会」実施申込書

申込日：令和 年 月 日

希望日時	第一希望：令和 年 月 日 () 時間帯： 時 分 ~ 時 分
	第二希望：令和 年 月 日 () 時間帯： 時 分 ~ 時 分
	第三希望：令和 年 月 日 () 時間帯： 時 分 ~ 時 分
貴校名	
所在地	
電話	
FAX	
校長先生御氏名	
担当教諭御氏名	
出席者数	学年 年生 名 教員・保護者 名 計 名
ビデオ視聴希望	有 ・ 無

＜お願い＞上記申し込み書に要事項に記入のうえ、当会あてに Email または FAX でお申し込み下さい。

(一社) 杉並区薬剤師会
〒167-0051 東京都杉並区荻窪 4-21-17
Email: : info@sugiyaku.or.jp
Fax: 03-3393-3557