「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（　　） 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 ＦＡＸ	
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。

（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
✉：　sugiyaku@sea.plala.or.jp