

(薬務課) FAX番号 : 045-201-9025

e-mailアドレス : yakutai.68@pref.kanagawa.lg.jp

年 月 日

神奈川県薬物乱用対策推進本部事務局長 殿

(神奈川県健康医療局生活衛生部薬務課内)

学校名称 \_\_\_\_\_

所在地 〒 \_\_\_\_\_

学校長名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

ファックス番号 \_\_\_\_\_

「薬物乱用防止教室協力要請書」

次のとおり、薬物乱用防止教室を実施しますので、講師を派遣いただきますようお願いいたします。

1	開催日時	第1希望	年 月 日 ( 曜日)	時 分～	時 分	
		第2希望	年 月 日 ( 曜日)	時 分～	時 分	
		第3希望	年 月 日 ( 曜日)	時 分～	時 分	
2	場 所	所在地				
		校舎・教室等				
3	対 象 者	児童・生徒	小 学 校	年 ( ) 名		
			中 学 校	年 ( ) 名		
			中等教育学校	年 ( ) 名		
			高等学校 (全・定・通)	年 ( ) 名		
			他 ( )	年 ( ) 名		
		保護者・教員等	保 護 者	( ) 名		
			教 員	( ) 名		
			他 ( )	( ) 名		
4	希望する講師の別 *希望順位を御記入ください。 (例)「①、②… など」	※学校薬剤師への相談の有無 (有・無) 県では神奈川県薬剤師会に教室の講師を委託しています。学校薬剤師への相談状況をお知らせください。				
		<input type="checkbox"/> 薬物乱用防止指導員・麻薬等薬物相談員 <input type="checkbox"/> 薬事監視員・麻薬取締員 (保健所 (保健福祉事務所) 職員・県薬務課) <input type="checkbox"/> 精神科医師・看護師 ※原則、講師講演料がかかります。 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー ※原則、講師講演料がかかります。 <input type="checkbox"/> 県衛生研究所職員 <b>※学校薬剤師等、上記以外の講師を希望する場合は、 「薬物乱用防止教室講師リスト」の依頼先に直接御連絡ください。</b>				
5	希望する講演内容	<input type="checkbox"/> 薬物乱用の基礎知識 <input type="checkbox"/> 薬物乱用の危険性、身体への影響 <input type="checkbox"/> 薬物にかかわらないための対処法 <input type="checkbox"/> 薬物乱用の実例・体験談 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
6	交通費等	<b>*講師の交通費は学校側で御負担願います。</b> 交通費等の支給方法 ( 実費支給 ・ 定額支給 ( ) 円)) <b>*最寄り駅及び最寄り駅からの交通手段等を御記入ください。</b> ( ) <b>*講師講演料 対応可能金額 ( ) 円)</b>				

☆本様式を使って申し込みをした際は、薬物乱用防止教室終了後、様式2を提出ください。

☆web等による非対面形式の講演を御希望の場合は、別途御相談ください。(機材、場所等は、学校側で御準備いただく場合があります。)

☆別途講師講演料が必要な場合がありますので、「6交通費等」の欄に対応できる金額を御記載ください。

☆調整には時間を要しますので、余裕をもってお申し込みください。