

(FAX番号)0463-24-9799

平塚湘南ライオンズクラブ 行

学校名称 \_\_\_\_\_ ご担当者名 \_\_\_\_\_

所在地 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ファックス番号 \_\_\_\_\_

「薬物乱用防止教室実施要請書」

次のとおり、薬物乱用防止教室の実施を希望します。

1	開催日時	第1希望 平成 年 月 日( 曜日) : ~ :	
		第2希望 平成 年 月 日( 曜日) : ~ :	
		第3希望 平成 年 月 日( 曜日) : ~ :	
2	場 所	所在地	
		校舎・教室等	
3	希望内容		
4	対 象 者	生徒・児童	小 学 生 年 生 ( ) 名 中 学 生 年 生 ( ) 名 高 校 生 年 生 ( ) 名
		保護者・教員等	保 護 者 年 生 ( ) 名 教 員 年 生 ( ) 名 そ の 他 年 生 ( ) 名
5	要望事項 その他		
6	交通の便	*(例)平塚駅から「〇〇」行きにより約〇分「〇〇」で下車	