

【学校→平塚湘南ライオンズクラブ申込用】

(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申込書」

1	開催日時	第1希望 令和 年 月 日(曜日) : ~ :	
		第2希望 令和 年 月 日(曜日) : ~ :	
		第3希望 令和 年 月 日(曜日) : ~ :	
2	場 所	所在地(上記と異なる場合)	
		校舎・教室名	
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		

※授業1時間の中で講話→啓発用DVD→質疑応答を行います。その他ご要望に応じて行います。