主催者→県薬務課　申込用

（様式１）

（薬務課）ＦＡＸ番号 ：０４５－２０１－９０２５

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）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校長名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　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します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ |  | 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 |  | 所在地 | ※学校所在地と別の場合のみご記入ください。 |
| 校舎・教室等 |  |
| ３ |  | 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 | （　　　　　　）名  　　　　　　　　　（　　　　　　）名  他（　　　　　　　　）　　　　　（　　　　　　）名 |
| ４ | ＊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。 | |
| （　　）　薬物乱用防止指導員・麻薬等薬物相談員  （　　）　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）  （　　）　精神科医師・看護師 **※原則、講師講演料がかかります。**  （　　）　ソーシャルワーカー**※原則、講師講演料がかかります。**  （　　）　県衛生研究所職員  **※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。** | |
| ５ | 希望する  講演内容 | □薬物乱用の基礎知識　　　　　　　□薬物乱用の危険性、身体への影響  □薬物にかかわらないための対処法　□薬物乱用の実例・体験談  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ６ | 交通費等 | **＊講師の交通費は学校側で御負担願います。**  交通費等の支給方法（　実費支給　・　定額支給（　　　　　　　　　円））  ＊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。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ＊講師講演料　対応可能金額　（　　　　　　　　　円） | |

**☆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。