

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 ※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	対 象 者	<table border="1"> <tr> <td>児童・生徒</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td>保護者・教員等</td> <td>保 護 者 () 名 教 員 () 名 他 () () 名</td> </tr> </table>	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
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。 () 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。