様式１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（宛先）

　　　　　保健所長

住　所

名　称

代表者

埼玉県薬物乱用防止指導員の講師派遣について（依頼）

　下記のとおり、薬物乱用防止指導員を講師として派遣してください。

記

１　目的（研修会等名称がある場合には、その名称も記入してください。）

２　日時

　　　　年　　月　　日（　　）

午前・午後　　　時　　分～　　　時　　分

３　場所

４　対象者及び参加予定人数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童・生徒（　　　　学年） | 人 | 教員 | 人 |
| 保護者 | 人 | その他（　　　　　　　　） | 人 |

５　講師派遣依頼人数（指名する薬物乱用指導員があれば、氏名を記入してください）

６　担当者・連絡先