年　　月　　日

　中央西福祉保健所長　様

（学校・園）長

薬物乱用防止教室への講師派遣依頼について

　薬物乱用防止教室を下記のとおり開催しますので、貴所職員の派遣をお願いします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学校名 | 中学校 | TEL |
| FAX |
| E-mail |  |
| 担当者名（職名） | （教頭・担任・養護教諭等） |
| 希望する学習内容 | □　福祉保健所に一任□　薬物乱用防止の基本知識の学習（パワーポイント、ＤＶＤ視聴）□　高知県及び全国の薬物乱用の実態（件数等）□　その他（下記に自由記載） |
| 希望日時 | 学年 | クラス数 | 生徒数 |
| 　　年　　　月　　　日（　　　） | 年 | クラス | 人 |
| 　　時　　　分　　～　　　時　　　分 |
| 教室で準備できるもの | □　テレビ　□　ＤＶＤプレーヤー　□　パソコン　□　プロジェクター　□　スクリーン　　　 |
| 警察との共催の有無 | 有　　・　　無 |

※事前に福祉保健所職員と日程調整のうえ、提出してください。

※内容を福祉保健所に一任していただいた場合、パワーポイントによる講話、ＤＶＤ視聴（時間による）となります。