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。