

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

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	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	<input type="checkbox"/> 薬物乱用の基礎知識 <input type="checkbox"/> 薬物乱用の危険性、身体への影響 <input type="checkbox"/> 薬物にかかわらないための対処法 <input type="checkbox"/> 薬物乱用の実例・体験談 <input type="checkbox"/> 医薬品過量服薬 (オーバードーズ) <input type="checkbox"/> 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)) *講師講演料 (なし・あり 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。)

☆講師の調整には時間を要しますので(1カ月程度かかる場合もあります)、余裕をもってお申し込みください。