学校薬剤師 → 神奈川県薬剤師会申込用

申込日　　　年　　　月　　　日

**「薬物乱用防止啓発事業 啓発資材申込書」**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 学校薬剤師氏名 |  |
| ２ | 連絡先電話番号 |  |
| ３ | 資材到着希望日 | 　　　　年　　　月　　　日（　　）※午前着となります |
| ４ | 返却予定日 | 　　　　年　　　月　　　日（　　）※薬物標本・DVDを希望の方 |
| ５ | 資材送付先住所 | 〒 |
| ６ | 資材送付先電話番号 |  |
| ７ | 実 施 内 容 | * 希望するものに○印を記入してください

【パンフレット】ア．薬物乱用ダメ!ゼッタイ!（小学生用／A4三つ折） 　（　　　　　部）イ．薬物乱用は「ダメ。ゼッタイ。」（中・高校生用／A4三つ折）（　　　　　部）ウ．NO!DRUG!（A4三つ折） （ 　　　　部）エ．（県薬務課作成）STOP!!薬物乱用!!（A4三つ折） 　 （ 　 　　部）オ．（県薬務課作成）あなたの人生を守るための薬物について（A3二つ折）（　　　　部）カ．（県薬務課作成）危険ドラッグ！“絶対に”手を出さないで（A4三つ折）（　　　　　部）【薬物標本】No. 【ＤＶＤ】No.　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （計　　　枚）※DVDの詳細はホームページ（薬物乱用防止啓発DVD一覧）をご確認ください。※上記以外の啓発資材（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ８ | 備　考 | 学校名対象者数　（　　　　）名 |



※下記URLまたはQRコードからもお申込みいただけます。

URL：https://www.secure-cloud.jp/sf/business/1743395572TrzuqTTa

（当会HP（会員ページ）-学校薬剤師-薬物乱用防止啓発・医薬品適正使用資材のご案内）

2025年４月改訂