千葉科学大学薬学部

**薬物乱用防止教室　申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **貴校名** |  |
| **希望日時**日程調整の都合上、第3希望日時までお書きください | **第1希望** | 　　月　　日（　） | ：　～　： |
| **第2希望** | 　　月　　日（　） | ：　～　： |
| **第3希望** | 　　月　　日（　） | ：　～　： |
| **対象学年** | 年生 | **対象人数** | 　　　　　　人 |
| **希望内容** | ☐講演のみ　　☐講演および実験体験　（いずれかを選択）※乱用薬物・タバコ・飲酒・医薬品過剰摂取（オーバードース）・アナフィラキシーとエピペン・アンチドーピングなど、内容に関するご希望がございましたら以下にご記入ください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **担当者氏名** |  |
| **連絡先** | TEL：FAX：E-Mail： |

必要事項をご記入の上、電子メールに添付して下記アドレスにお送りください。

その他ご質問等もこのアドレスにお送りください。

**ranyou.boushi@cis.ac.jp**

（千葉科学大学薬学部　薬物乱用防止教室担当）