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**](mailto:ranyou.boushi@cis.ac.jp)

（千葉科学大学薬学部　薬物乱用防止教室担当）