千葉科学大学薬学部 大高泰靖 行

千葉科学大学薬物乱用防止教室申込書

貴校名			
実施希望日時 ご希望日時をご記入ください	第1希望日時	月　　日（　）	：　～　：
	第2希望日時	月　　日（　）	：　～　：
	第3希望日時	月　　日（　）	：　～　：
対象学年	年	対象人数	人
希望内容 いずれか○で囲みください	○ 講演のみ　・○ 講演および体験実験		
ご担当者氏名			
ご連絡先	TEL：　　FAX： e メールアドレス：		

お手数ですが、下記連絡先までご連絡くださいますようお願い申し上げます。
日程調整後、本学・大高より改めてご連絡させていただきます。

ご連絡先：千葉科学大学薬学部 教授 大高泰靖
TEL：　0479-30-4706（直通）
FAX：　0479-30-4804
E-mail：　hohtaka@cis.ac.jp