

## 薬物乱用防止教室(中学校)開催日連絡書

大阪府薬剤師会 総務課宛

FAX 06-6947-5480

Email opa-so@gao.ne.jp

連絡日 令和 年 月 日

支部名  支部	学薬支部長名  電話番号	
開催学校名	学校名 〒 住所  電話番号	
開催校担当者	養護教諭・生活指導・教頭・( )○印をお願いします。  担当者名	
開催日時	令和 年 月 日	
受講者数	生徒数(中学校) 名	
担当学校薬剤師名	担当学薬名  電話番号	
開催形式	単独 ・ 合同	合同で行う場合、薬剤師以外の担当者 ・警察 ・保護司 ・養護教諭 ・その他( )
備考欄		

\*開催日が決まりましたら速やかにご連絡ください。 大阪市学校薬剤師会

\*薬剤師以外で行う薬物乱用防止教室についてのご連絡は必要ありません。

\*小学校の「おくすり講座」は別の報告書にて大阪市薬務担当にご報告ください。