

体験型薬物乱用防止教室申込書

年 月 日	
茨城県警察本部 生活安全部人身安全少年課長 殿	
申込者 住所 氏名	
下記のとおり、体験型薬物乱用防止教室を申込みます。	
日 時	年 月 日 () 午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分までの間
場 所	所在地 名 称 連絡先 (担当者名) 電話番号 FAX Email
	<input type="checkbox"/> 小学生 全校・ 年生 人 <input type="checkbox"/> 教育関係者 人 <input type="checkbox"/> 保護者 人 <input type="checkbox"/> その他() 人 <div style="text-align: right;">合計 人</div>
準 備 物	① プロジェクター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ② スクリーン <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ③ DVDプレーヤー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
備 考	※ 連絡事項があれば記載願います。