別紙様式１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

宛先（　　　　　　　　）保健所長

|  |  |
| --- | --- |
| 団体等名称 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 団体所在地 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 代表者氏名 |  |

**「 薬 と く ら し の 教 室 」 申 込 書**

　このことについて、次のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 団体等名称 |  |
| 団体連絡先電話番号 |  |
| （ふりがな） |  |
| 担当者氏名 |  |
| 担当者所属団体等名 |  |
| 担当者連絡先 | ＴＥＬ | ＦＡＸ |
| 受講予定者数 | 名 |
| 受 講 日 時 | 　　　　　年　　　月　　　日　（　　　　曜日）午前・午後 　　：　　～ 午前・午後 　　： |
| 会　場　名 |  |
| 会場所在地 |  |
| 会場連絡先電話番号 |  |
| 特に希望する課題があればその内容 |  |
|