

喫煙防止教室申し込み書

平成 年 月 日

学校名	
所在地	
申込者	職業： 氏名：
連絡先	電話： FAX：
対象	学年： 年 人数： 人 クラス数： クラス
実施日	可能な日時を教えてください。(講師の都合により、後日調整させていただきます。)
	第1希望 月 日 () : ~ :
	第2希望 月 日 () : ~ :
	第3希望 月 日 () : ~ :
設備	<input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> スピーカー (あればチェック(レ)してください)
内容等の希望、質問その他、何でもお書きください。	

以下は処理欄

実施日時	平成 年 月 日 (曜) 時 分 ~ 時 分
講師名	
報告等	
子供たちの反応	
教材の改善点等	

* お預かりした情報は喫煙防止教室実施時の事務連絡に利用させていただきます。
 ご希望の学校は校医または那賀医師会学校医部会担当(下記)までお申し込みください。
 (上田内科クリニック 電話0736-77-6690 FAX0736-77-6684)