

『薬物乱用防止教室』申込書

平成 年 月 日

江戸川東ライオンズクラブ 宛

学 校 名

校 長 名

副校長名

T E L ()

F A X ()

下記日程にて『薬物乱用防止教室』を希望します。

希望日	第1希望 平成 年 月 日 (曜日) 時 分 から 時 分まで
	第2希望 平成 年 月 日 (曜日) 時 分 から 時 分まで
	第3希望 平成 年 月 日 (曜日) 時 分 から 時 分まで
担当教諭	
対象者	生 徒 名 (学年～ 学年)
	教 職 員 名
	P T A 名
	地 域 の 方 名 (合計 名)
会 場	体育館 ・ その他 ()

※ ご不明の点が有りましたら、お気軽に下記事務局までお問い合わせください。

申込先

東京江戸川東ライオンズクラブ事務局

<http://www.edogawa-higashi.com>

TEL 03-5678-0330 FAX 03-5678-0333