令和　　年　　月　　日

　ＮＰＯ法人健康力サポートラボ

　 担当理事　　並木　茂夫　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市立○○中学校長　○○　○○

「喫煙、飲酒、薬物乱用防止教室」の認定講師依頼について

　本校にて、「喫煙、飲酒、薬物乱用防止教室」を下記のとおり実施したいので、認定講師の派遣をお願いします。

記

１　日時

　①第1希望　　令和　　年　　月　　日（　　　）　○○：○○～○○：○○

　②第2希望　　令和　　年　　月　　日（　　　）　○○：○○～○○：○○

　③第3希望　　令和　　年　　月　　日（　　　）　○○：○○～○○：○○

２　対象者　　　中学校○年生

３　人数　　　約○○○名

４　保護者や地域の参加　　　有　・　無

　　　　　　　　　　（有りの場合、おおよその人数　　○○名）

５　その他

担当者

○○市立○○中学校

役職名　　　　　　氏名

電話番号

FAX

メールアドレス