**薬物専門講師派遣受諾書（報告）**

東京都薬剤師会　御中

 （東京都薬剤師会会員用）

 薬物専門講師名

 地区名

 会員番号

 下記講習会をお引き受け致しましたのでご報告いたします

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬物専門講師連絡先 | 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| 依　　頼　　内　　容　　等 | 学　校　名（団 体 名） |  |
| 所　在　地(会場が異なる場合) |  |
| 依頼主 | [ ] 学校長[ ] 教員[ ] その他(　　) |  |
| 　[ ]  本講習会は警視庁（地元警察署）からの依頼ではない 該当する場合チェック☑してください |
|  開催予定 令和　年　　月　　日（　）　　時　　～　　時 日 　時  |
|  対　象 |  |  対象予定人員 |  |
| （備考：講習会内容など） |

　小学校、中学校、高等学校等から直接講師依頼を受けた場合は、講習会開催1週間前に東京都薬剤師会職能対策課までお知らせください。

送付先：東京都薬剤師会 職能対策課

ＦＡＸ：０３－３２９５－２３３３

Ｅ－メール：syokunou@toyaku.or.jp