**青少年薬物乱用防止講習会実施報告**

**東京都薬剤師会　御中**

　　　　　**講 師(指導者)**

**地区名**

**氏　名**

**薬物専門講師証明番号**

**標記講習会を下記のとおり実施しました**

|  |  |
| --- | --- |
| 日　　　時 | 令和　　　　　年　　　月　　　日　（　　） |
| 午前　・　午後　　　　時　　　分　～　　　　時　　　分 |
| 場　　所 | （住　所） |
| （学校名） |
| 対　　象 | （学年）　　年生　　　　名 | （教員）　　　名 | （保護者）　　　　名 |
| （警察官）　　　名 | （その他）　　　　　名 | 計　　　　　　名 |
| 講義等の概要 |  |
| 使用ビデオ |  |
| 　[ ]  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 |

**【参　考】　講師謝礼等振込銀行**

**インボイス制度について**

「適格請求書発行事業者」

の番号をお持ちですか？

□はい

⇒番号：

□いいえ

□申請中・取得予定

|  |
| --- |
| 銀　行　　　　　　　　　　支　店 |
| 普通　・　当座　　口座番号 |
| 住　所 | 〒 |
| 電　話 |  |
| E-mail |  |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |

**東京都の委託事業によりご講演を行った場合は、実施後2週間以内に東京都薬剤師会**

**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**