※薬物乱用防止に関する講習会や街頭キャンペーン等を実施されましたら、下記までご報告ください。

【提出先】

吹田市保健所　保健医療室　薬事グループ　行

〒564-0072　吹田市出口町１９－３　　　　　　　**ＦＡＸ　　０６－６３３９－２０５８**

**講習会・街頭キャンペーン等実施報告書**

|  |  |
| --- | --- |
| １．と　　　き | 　令和　　年　　月　　日 （　　） 　時　　分　～　　時 　分 |
| ２．と　こ　ろ |  |
| ３．講習会キャンペーン　　等の名称 |  |
| ４．関係者及び　　対象者数 | 主催者及び 関係者 | （　　　　　　名） |
| 講習・啓発対象者 | （　　　　　　名） |
| ５．内　　容 |  |
| ６．講　　師＊講習会の場合 | （所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ７．配布資料等 | ＊リーフレット　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　部＊パンフレット　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　部＊その他　　・　　　　　　　　　　　　　　　　　 部 　　　・　　　　　　　　　　　　　　　　　 部 |
| ・ＤＶＤ上映の有無 （　有　・　無　） ＤＶＤタイトル『　　　　　　　　　　　　　　　　　　』・薬物標本使用の有無 （　有　・　無　）・パネル使用の有無　 （　有　・　無　） |

 　上記のとおり報告します。

令和　　年　　月 　日

 大阪府健康医療部生活衛生室長様

報 告 者　　　住　　　所

氏　　　名

所属団体名

連絡先電話