（別紙様式１）

**福岡県薬物乱用防止講習会講師派遣依頼書**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 学校名・団体名 |  |
|  |  |
|  |  |
| 所在地 |  |
|  |  |
|  |  |
|  代表者 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  氏　名： |
|  担当者 |  |
|  |
|  |  ＴＥＬ：　　　　　　　　　　ＦＡＸ： |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  講師氏名 |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  依 |  希望日時 |  平成　　年　　月　　日（　　時　　分　～　　　時　　分） |
|  |  |  |
|  |  |
|  頼 |  対象者 |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  内 |  対象者数 |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  容 |  |  |
|  |  |  |
|  等 |  講習内容 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  備考 |  |
|  （謝金・交通費等） |  |
|  |  |
|  |  |

　　福岡県薬物乱用防止講習会講師　殿

　上記のとおり福岡県薬物乱用防止講習会講師の派遣を依頼します。

　　平成　　年　　月　　日

　　　　　　依 頼 者　学校・団体名

　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　代表者氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　（印）