

別紙様式

(FAX番号: 0742-27-3029)

* 太線枠内を記載し、提出してください。

* 機器で読み取るため、枠外に記載しないようにしてください。

令和 年 月 日

奈良県福祉医療部医療政策局薬務課長 殿

所属団体・支部名

氏名

電話番号

奈良県薬物乱用防止指導員活動状況について（令和 年度分）

このことについて、活動状況を下記のとおり報告します。

1. 啓発活動の内容

実施日	会合、街頭 キャンペーン等の名称	場所	対象者	参加人数	活動内容 (該当するものに ☑を記入)
/					講演 <input type="checkbox"/> 研修参加 <input type="checkbox"/> 資料配布 <input type="checkbox"/>
/					講演 <input type="checkbox"/> 研修参加 <input type="checkbox"/> 資料配布 <input type="checkbox"/>
/					講演 <input type="checkbox"/> 研修参加 <input type="checkbox"/> 資料配布 <input type="checkbox"/>
/					講演 <input type="checkbox"/> 研修参加 <input type="checkbox"/> 資料配布 <input type="checkbox"/>

2. その他参考事項

(上記以外の活動、その他ご意見等がございましたら記載してください。)

--