

「たばこフリーキッズ教室」「アルコールフリーキッズ教室」申込書

令和 年 月 日

函館市保健福祉部長 様

学校名		住所		函館市		電話番号		
		代表者	(フリガナ) 氏名			職名		
申込者	担当者	(フリガナ) 氏名			職名			
		連絡先	電話番号			E-mail		
希望日時		第1希望	令和 年 月 日 ()		時 分	～	時 分	
		第2希望	令和 年 月 日 ()		時 分	～	時 分	
開催会場 (教室名等)								
実施内容		<input type="checkbox"/> たばこフリーキッズ教室 <input type="checkbox"/> アルコールフリーキッズ教室						
対象人数		第 学年	男子		名	女子		名
		第 学年	男子		名	女子		名
		第 学年	男子		名	女子		名
当日使用可能な機材・物品について該当するものに☑してください。			<input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> DVD再生機器 <input type="checkbox"/> プロジェクターおよび接続ケーブル <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> レーザーポインター <input type="checkbox"/> マイク <input type="checkbox"/> 演題					
備考欄								

*実施日時, 当日使用する機材・物品については, 後日詳細を調整させていただきます。