

申込日： 年 月 日

名古屋税関総務部税関広報広聴室 行

FAX : 052-654-4324
E-mail : nagoya-somu-koho@customs.go.jp

申込書（薬物乱用防止教室）

学校名	学校名： _____ 住所： _____ 電話番号： _____ FAX 番号： _____ 担当者： _____
申込みのきっかけ	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 紹介（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
希望日	第1希望： _____年 月 日 : ~ : _____ 第2希望： _____年 月 日 : ~ : _____ 第3希望： _____年 月 日 : ~ : _____ ※ 希望日は平日、開始時間は 10 : 00 ~ 15 : 00 の間をお願いします。
受講者数	_____名 （1.全校生徒 2. ___学年生徒） ※ 全校または学年単位で承ります。いずれかに○をお願いします。
その他 (ご要望等)	

※ 麻薬探知犬デモンストレーションについて

- 麻薬探知犬によるデモンストレーションをご希望の際には、本申込書送付前に、予め当室へご連絡をお願いいたします。（電話番号：052-654-4008）
- 2月、5月～7月、10月、12月は、業務の都合上、デモンストレーションの実施をお断りさせていただく場合がございます。
- デモンストレーションの実施は、原則として、講演全体で90分程度の時間をご用意いただける場合に限らせていただきます。