|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 学校名（担当の先生）・住所・電話番号 | 希望のDVD | 到着希望日 |
| 1 | 学校名：住所：〒電話番号 | (　　)小学校用(　　)中学校用　　　　　枚 | 月　　日 |
| 2 | 学校名：住所：〒電話番号 | (　　)小学校用(　　)中学校用　　　　　枚 | 月　　日 |

DVDによる薬物乱用防止教室申込書

クラブ名　　　　　　　　Z

**※クラブへ発送希望される場合は下記にて「小学校用」・「中学校用」いずれかに〇印をし、**

**お申し込み下さい。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | クラブ名・住所・電話番号 | 希望のDVD | 到着希望日 |
| 1 | クラブ名：住所：〒電話： | (　　)小学校用(　　)中学校用　　　　　枚 | 月　　日 |

返信先：キャビネネット事務局

FAX　048-658-3305　cab330c@lionsclubs330c.gr.jp