

令和 5 年 6 月 28 日

学 校 長 様

一般社団法人岩手県薬剤師会
会長 畑澤 博巳
(公印省略)

岩手県薬剤師会「薬物乱用防止啓発事業」について（お願い）

平素より本会事業に対して格別なご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記事業については、青少年の成長過程の早い段階からの教育が、薬物乱用の根絶にもっとも有効な手段であるとの考えに立ち、薬物乱用防止啓発活動を重要な課題として厚生労働省、文部科学省、日本学校保健会、麻薬・覚せい剤乱用防止センター等関係機関との連携を図って実施しております。

今年度についても、すべての高等学校及び中学校において、年 1 回は薬物乱用防止教室を開催すること、小学校においても薬物乱用防止教室の開催を推進するよう、引き続き、教職員の方々と緊密な連携により実施したいと考えておりますのでよろしくお願い申し上げます。

なお、薬物乱用防止教室の開催にあたっては、担当学校薬剤師と相談のうえ、岩手県薬剤師会事務局にお申込みいただきますようお願いいたします。

記

○岩手県薬剤師会薬物乱用防止啓発事業方針

1. 薬物乱用防止教室は、学校薬剤師部会及び同支部が行う。
2. 学校で開催される当該教室においては、原則として当該校の学校薬剤師が講師を務める。
3. 上記 2 以外に薬物乱用防止教室の講師依頼の要請があった場合には、要請のあった地域の薬剤師が務めることとする。

○岩手県薬剤師会薬物乱用防止啓発講座実施手順

1. 学校は、岩手県薬剤師会事務局に「薬物乱用防止教室申込書」を F A X 等で連絡する。
※ 申込書は、当会ホームページからダウンロード可能です。
「ダメゼッタイ！薬物乱用防止」＞「薬物乱用防止啓発事業」
2. 講師未定の場合は、学校から岩手県薬剤師会事務局に連絡いただく。
岩手県薬剤師会事務局から、当該校の所在する学校薬剤師会支部長に講師の選定を依頼し、決定後、学校へ連絡する。
3. 学校は、必要な資料等を岩手県薬剤師会事務局に依頼する。岩手県薬剤師会事務局は指定された日時・場所に資料等を送付する。
4. 講座終了後、学校は、「終了報告書」を岩手県薬剤師会事務局に F A X 等で連絡する。

以上

岩手県薬剤師会事務局 行

「薬物乱用防止教室」申込書

下記のとおり利用したいので申し込みます。

申込団体名称			
申込担当者			職業（薬剤師・養護教諭・警察・他）
連絡先 (住所・名称)	住所 〒		
	TEL	FAX	
実施日時	令和 年 月 日 ()	:	~ :
実施場所			
対象学年等			参加人数 名
分類	1. 講演方式 2. D A R P連携方式 3. 授業 4. その他		
主たる講話の内容 (複数回答可)	1. 薬物乱用の害について 2. たばこの害について 3. お酒の害について 4. 薬の正しい使い方について 5. アンチ・ドーピングについて 6. その他 ()		
担当学校薬剤師	氏名		
利用希望の資料 (内容について 不明の際は、 お問い合わせ ください。)	VHS・DVD CD-Rなど		
	パンフレット	小学生用「健康はカッコいい！」	部
		中学生用「どんなときでもダメ。ゼッタイ。」	部
		高校生用「甘い言葉にだまされないで」	部
		中学生用「薬の正しい使い方」	部
		高校生用「医薬品と健康」	部
		一般向け「くすりと健康ミニ百科」	部
資料送付先	住所(〒) および宛名 (資料送付先と連絡先が同じ場合は右□にレ点記入) □		
	電話番号	送付希望日	
講師について	<input type="checkbox"/> 決定済	講師名	
	<input type="checkbox"/> 未 定	(一社)岩手県薬剤師会から講師を派遣します。 講演時間は原則午後の時間帯でお願いできれば幸いです。 問合せ先：くすりの情報センター (TEL 019-653-4591 FAX 019-653-4592)	

講演会終了報告書

令和 年 月 日

岩手県薬剤師会事務局 行

氏 名 _____ (印)

所 属 _____

連絡先 _____

下記の講演を終了したので報告します。

記

講演会の事業区分	<input type="checkbox"/> 薬物乱用防止教室 <input type="checkbox"/> アンチ・ドーピング教室 <input type="checkbox"/> 県民健康講座「みんなの薬の学校」 <input type="checkbox"/> その他		
演 題 ・ テ ー マ			
講 師 氏 名			
実 施 年 月 日	令和 年 月 日 ()	実施時間	: ~ :
実 施 場 所			
学校・団体名;対象者			
参 加 者	申込人数 名	参加人数	名
主 催 者 名 称			
資 料 等	資 料 名	申込数	使用数

お願い!

氏名に押印、ご記入のうえ、FAX にてご返信ください。

岩手県薬剤師会事務局

FAX 019-653-2273