



# 【大賀薬局】オーバードーズ授業 受付用紙



小学校名	
住所	
ご連絡先(電話番号)	
メールアドレス	
ご担当者様	
ご担当者様の役職 or 学年	
実施希望日候補①(日にち・時間)	
実施希望日候補②(日にち・時間)	
打ち合わせ日①(日にち・時間)	
打ち合わせ日②(日にち・時間)	
参加数(生徒数 & 先生含む総数)	
参加学年(例: 5年生 etc)	

※本受付の提出時点で確定ではございません。担当者より実施可否のご連絡を致します。  
 ※実施日は、土日祝日を除く平日になります。事前に訪問し打ち合わせの日程もいただきます。状況次第では、お申込み後に中止・延期する場合もございます。

## 返信先

株式会社大賀薬局 マーケティング室 和田浩嗣

TEL: 07013269454 メールアドレス: [hirotsugu.wada@ohga-hd.com](mailto:hirotsugu.wada@ohga-hd.com)