

(※事務局記入)

奈良県禁煙支援協力薬局登録申請書

令和 年 月 日

申請内容	新規 ・ 変更 ・ 更新 ※該当するものに○をつけてください
店名	
所在地	〒 -
連絡先	管理者名 電話番号 () - FAX番号 () - E-Mail
研修受講状況	受講の有無 有 ・ 無 (どちらかに○をつけてください) 研修会名 受講年月日 年 月 日 受講者名
敷地内禁煙の有無	有(敷地内禁煙である) 無(敷地内禁煙でない)
奈良県福祉医療部医療政策局疾病対策課長 殿 禁煙支援協力薬局の登録を申請します。 店名 管理者名	

【申請にあたっての注意事項】

1. 申請は研修受講者が在籍する薬局が行ってください。
2. 登録後は県ホームページに薬局の情報(店名・住所・電話番号)を掲載します。
3. 申請内容に変更が生じた場合は速やかに届け出をしてください。

【提出先】郵送でお願いします。

一般社団法人 奈良県薬剤師会
住所: 〒634-0063 橿原市久米町926番地

【事務局・問合せ先】

奈良県福祉医療部 医療政策局 疾病対策課 がん対策係
〒630-8501 奈良市登大路町30番地
TEL: 0742-27-8928(直通)