

**F A X : 0 7 4 2 - 3 4 - 2 4 8 2** 送信票不要

奈良市健康医療部 医療政策課 医療政策係 新町あて

**令和元年度奈良市禁煙支援アドバイザー研修会 参加申込書**

開催日	受講時間	参加対象枠 (該当する番号に○をつけてください)
令和2年 1月16日 (木)	19:00~ 20:30	①奈良市薬剤師会に所属する薬剤師の方 ②奈良市禁煙支援薬局登録店舗に勤務する薬剤師等の方 ③市内の短期大学・大学等で禁煙支援・防煙教育を行う方 ④市内で禁煙支援に携わる方 ⑤市職員のうち、禁煙支援・防煙教育に携わる方(教員、養護教諭等含む) ⑥その他、実施者が参加可能と認めた方

ご所属	
氏名	
氏名	
TEL	
FAX	
e-mail	

(講師・医療政策課へのご質問・ご意見等があれば、ご記入ください)

**お申込み締め切り** 令和2年1月9日(木)