

奈良市禁煙支援薬局登録(新規・変更・更新)申請書

令和 年 月 日

| | |
|---|-----------------------------------|
| 店名 | |
| 所在地 | 〒 _____ |
| 電話番号 | (_____) _____ |
| 研修受講状況 | 研修会名: 主催者名: 受講年月日: 受講者名: |
| 備考 | |
| この度、当店を奈良市禁煙支援薬局としたいので、(新規・変更・更新)登録をお願いします。 | |
| 店名 代表者名 _____ | |
| 連絡先 | 担当者名: 電話番号: |

記載上の注意事項: (新規・変更・更新)の該当する箇所を○で囲んでください。
 太枠のところのみご記入ください。
 変更・更新の場合は、該当項目のみを記載して提出してください。