

公益社団法人 大分県薬剤師会認定  
禁煙支援薬剤師 認定申込書

公益社団法人 大分県薬剤師会

会長 安東 哲也 殿

公益社団法人大分県薬剤師会が実施する認定禁煙支援薬剤師の認定に必要な研修を修了いたしましたので、下記の通り、認定を申し込みます。

申請年月日 平成 年 月 日

支部	ふりがな	生年月日
	氏名	年 月 日
受講日 年 月 日、 年 月 日、 年 月 日		
禁煙支援薬剤師がいる薬局として公表してもよいですか 可 、 不可		
住所 〒 -	電話 ( ) -	
勤務先名		
勤務先所在地 〒 -	電話 ( ) -	

※ 禁煙支援実績の報告を申請する場合は、認定申込書と一緒に提出下さい。

※ 勤務先等の変更時は別紙「変更届」を提出してください。