様式3

# 公益社団法人　大分県薬剤師会認定

# 禁煙支援薬剤師　更新申請書

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更新に必要な研修を修了いたしましたので、下記の通り申請します。

更新申請年月日　　平成　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="2">支部</td><td>ふりがな</td><td colspan="2" rowspan="2">禁煙支援認定番号:<br>（　　－　　－　　）<br>生 年 月 日 :　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏名</td></tr>
<tr><td colspan="2">受　講　日</td><td>単位</td><td colspan="2">受　講　日</td><td>単位</td></tr>
<tr><td colspan="2">年　　月　　日</td><td></td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">年　　月　　日</td><td></td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">年　　月　　日</td><td></td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">年　　月　　日</td><td></td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">年　　月　　日</td><td></td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">住所　〒　　－</td><td colspan="3">電話　（　　）<br>－</td></tr>
<tr><td colspan="6">勤務先名</td></tr>
<tr><td colspan="4">勤務先所在地　〒　　－</td><td colspan="2">電話　（　　）<br>－</td></tr>
</table>

※　更新には 2 年間で 3 単位（点）以上取得し、6 年間で合計 10 単位（点）必要です。

※　認定申請時と勤務先等が異なる場合は、別紙「変更届」を同時に提出してください。