

# 「大分県薬剤師会認定禁煙支援薬剤師」変更届

平成 年 月 日

禁煙支援認定番号：（      —      —      ）	
新	旧
氏名	氏名
自宅住所 〒	自宅住所 〒
TEL	TEL
勤務先名	勤務先名
勤務先所在地 〒	勤務先所在地 〒
TEL	TEL

勤務する薬局等が変更となった場合、  
 必要事項を記入し、郵送又はFAXにて下記までお送りください。  
 この様式は県薬ホームページの「禁煙支援薬剤師制度」内からでも取り出せます。

送付先：〒870-0855

大分県大分市豊饒字川成376-1  
 大分県薬剤師会薬事情報室 禁煙係

TEL：097-544-9512

FAX：097-544-8060