

申込番号 _____

様式 1

禁煙支援薬局登録（新規・更新）申込書

平成 年 月 日

【必須記入】 店 名	
【必須記入】 所 在 地	〒 _____
【必須記入】 電 話 番 号	(_____) _____
【必須記入】 研修受講状況	研修会名： 主催者名： 受講年月日： 受講者名：
【必須記入】 ホームページ掲載	島根県ホームページ上の禁煙支援薬局一覧への掲載について希望（します・しません）。 ※ 掲載内容：店名・店舗住所・電話番号
備 考	
この度、当店を禁煙支援薬局としたいので、（新規・更新）登録をお願いします。 <div style="text-align: center;"> 店 名 _____ 代表者名 _____ </div>	
連 絡 先	担当者名： 電話番号：

- ・記載上の注意事項：（新規・更新）の該当する箇所を○で囲んでください。
- ・指定研修を受講した薬剤師の方が店舗を異動し異動先の店舗で新たに登録申込書を提出する場合は、旧店舗の登録取下げ届、認定証、ステッカーを併せて提出して下さい。

申込番号 _____

様式2

禁煙支援薬局登録 変更申込書

平成 年 月 日

店 名	
変 更 事 項	<input type="checkbox"/> 店舗名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> ホームページ掲載 (変更前) (変更後)
備 考	
上記のとおり、禁煙支援薬局の登録内容の変更をお願いします。 店 名 代表者名 _____	
連 絡 先	担当者名 : 電話番号 :

申込番号 _____

様式3

禁煙支援薬局登録取下げ届

平成 年 月 日

【必須記入】 店 名	
【必須記入】 所 在 地	〒 _____
【必須記入】 電 話 番 号	(_____) _____
取 下 げ の 理 由	
備 考	添付書類：認定証、ステッカー
この度、禁煙支援薬局の登録を取り下げしたいので、届け出ます。	
店 名 代表者名 _____	
連 絡 先	担当者名： 電話番号：

注：取下げ届に併せて認定証、ステッカーを返却してください。