

「大分県薬剤師会認定禁煙支援薬剤師」変更届

令和 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：大分県薬剤師会 事務局
〒870-0855
大分県大分市豊饒2丁目11番3号

TEL：097-544-4405
FAX：097-544-1051