

「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