

## 奈良市禁煙支援薬局登録(新規・変更・更新)申請書

記入日: 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

店舗名	
所在地	〒 _____ 奈良県奈良市
電話番号	( _____ ) _____
研修受講状況	研修会名: 主催者名: 受講年月日: 受講者名:
備考	
当店を奈良市禁煙支援薬局として(新規・変更・更新)登録申請をします。	
店 名 代 表 者 名 _____	
連絡先	担当者名: 電話番号:

記載上の注意事項: ・(新規・変更・更新)の該当する箇所を○で囲んでください。  
・太枠のところのみご記入ください。  
・変更・更新の場合は、該当項目のみを記載して提出してください。