

### 奈良市禁煙支援薬局登録(新規・変更)申請書

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

店名	
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:
当店を奈良市禁煙支援薬局として(新規・変更)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)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。

変更の場合は、該当項目のみを記載して提出してください。

【申請にあたっての注意事項】  
登録後は市ホームページに薬局の情報(店名・住所・電話番号)を掲載します。

【提出先】  
奈良市 健康医療部 医療政策課  
〒630-8122 奈良市三条本町13番1号  
TEL:0742-93-8392(直通)