

### 奈良市禁煙支援薬局登録辞退届

令和 年 月 日

店名	
所在地	〒 _____
電話番号	( _____ ) _____
辞退理由	
備考	添付書類:登録証(注)
<p>この度、当店を奈良市禁煙支援薬局の登録について辞退したいので、届け出ます。</p> <p>店名 代表者名 _____</p>	
連絡先	担当者名: 電話番号:

記載上の注意事項:太枠のところのみご記入ください。  
(注)交付済み登録証のご返却をお願いします。