

(※事務局記入)

禁煙支援協力薬局登録取り下げ申請書

令和 年 月 日

店名	
所在地	〒 -
連絡先	管理者名 電話番号 () - FAX番号 () - E-Mail
取り下げの理由 (※該当に○または記載)	1. 登録要件に満たさない(敷地内禁煙・登録研修受講者の在籍) 2. 薬局の移転・閉店等 3. その他()
奈良県福祉医療部医療政策局疾病対策課長 殿 禁煙支援協力薬局の登録を取り下げします。 店名 管理者名	

【申請にあたっての注意事項】

1. 申請時には登録証等も添付してください。
2. 申請受理後、県ホームページに薬局の情報(店名・住所・電話番号)を削除します。

【提出先】郵送をお願いします。

一般社団法人 奈良県薬剤師会
住所: 〒634-0063 橿原市久米町926番地

【事務局・問合せ先】

奈良県福祉医療部 医療政策局 疾病対策課 がん対策係
〒630-8501 奈良市登大路町30番地
TEL: 0742-27-8928(直通)