

所属する団体のない診療所（歯科以外）用

# 禁煙サポート実施書

大阪府健康医療部長 様

診療所名

所在地

代表者名

印

禁煙サポートを実施していることを公表します。

令和 年 月 日

記

|                                 |                                        |
|---------------------------------|----------------------------------------|
| 診療所名                            |                                        |
| 所在地<br>(TEL)<br>(FAX)           | (〒      )<br><br>(TEL)<br>※ (FAX)      |
| 禁煙サポート担当科                       |                                        |
| 禁煙サポート内容<br>(当てはまる番号に○をつけてください) | ① 禁煙外来<br>② 禁煙教室<br>③ ニコチン代替療法＋禁煙指導・相談 |

※ 公表する項目ではありません。

受付日 令和 年 月 日