

FAX番号：大阪府 06-6944-7262（午後6～9時）

大阪府医師会 06-6766-2875（午後6～9時）

公表を希望される診療所は必要事項を御記入のうえ、この用紙をFAXにて送信ください。

診療所用

禁煙サポート実施書

一般社団法人 大阪府医師会長 様
大阪府健康福祉部長 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 (TEL) (FAX) | (〒 -) (TEL) ※ (FAX) |
| 禁煙サポート担当科 | |
| 禁煙サポート内容 (当てはまる番号に○をつけてください) | ① 禁煙外来 ② 禁煙教室 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