

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 **再**

一般社団法人 大阪府医師会長 様  
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