禁煙サポート薬剤師養成講座　参加申込書 兼 受講票

【令和2年1月26日（日）9:45～　コラッセふくしま　５階】

**参加報告締切日：令和2年1月10日(火)**

|  |  |
| --- | --- |
| 地域薬剤師会名 |  |
| 氏　　　　名 |  |
| 薬剤師番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号 |
| 勤務先名称 |  |
| 禁煙指導・活動の状況 | □　禁煙指導を実施したことがある（実施件数：　　　　　　　　件）□　住民や他職種から相談はあったが、禁煙指導には至っていない□　まだ、指導も相談も経験がない |

|  |
| --- |
| 禁煙指導・受動喫煙防止または日本禁煙学会に関する疑問・質問等 |
|  |

【参加申込FAX番号　０２４－５４９－２２０９】