

病院 禁煙サポート用

公表の（内容変更・辞退）届

一般社団法人 大阪府病院協会 様
大阪府健康医療部長 様

病院名

所在地

代表者名

印

公表の（内容変更・辞退）の届出をします。

令和 年 月 日

記

（内容変更・辞退）年月日 令和 年 月 日

◎ ①～④について内容変更する場合は、変更前・変更後の内容を記入ください。

項目	変更内容（上段 変更前/下段 変更後）
①病院名	
②所在地 (TEL)	(〒 -) (TEL)
	(〒 -) (TEL)
③禁煙サポート担当科	
④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
	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

連絡先	担当者名
	TEL
	FAX

受付日 令和 年 月 日