

所属する団体のない病院用

禁煙サポート実施書^再

大阪府健康医療部長 様

病院名

所在地

代表者名

印

当病院は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

病院名	
所在地 (TEL)	(〒 -) (TEL)
※ 連絡先	担当者名
	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