

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 禁煙サポート用

公表の（内容変更・辞退）届

一般社団法人 大阪府医師会 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

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診療所名	
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

F A X

受付日 令和 年 月 日