様式 2

# 東京都薬剤師会認定
# 禁煙支援薬剤師　認定申込書

公益社団法人　東京都薬剤師会
会長　髙 橋　正 夫　殿

東京都薬剤師会認定禁煙支援薬剤師の認定に必要な課程を修了いたしましたので、下記の通り、認定を申し込みます。

申請年月日　令和　年　月　日

以下の□にチェックを入れてください。
□ 私は非喫煙者です。　□ 薬局でタバコを販売していません。
□ 施設内は全面禁煙を実施しています。

| | | |
|---|---|---|
| 会員番号<br>１３－<br>地区 | ふりがな<br>氏名 | 生年月日<br>昭　和　・　平　成<br>年　月　日 |
| 修了証発行日　年　月　日<br>修了証番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿ | | |
| 住所　〒　－ | | 電話<br>（　）　－ |
| 勤務先名 | | |
| 勤務先所在地　〒　－ | | 電話<br>（　）　－ |

修了証のコピーを申込書に添付してご提出ください。