

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	<input type="checkbox"/> 禁煙指導を実施したことがある (実施件数: 件) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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】