

別 紙

令和 年 月 日

新潟県福祉保健部健康対策課長 様

医療機関名： _____

所在地： _____

電話番号： _____

代表者氏名： _____ ⑩

新潟県内禁煙外来情報ホームページ掲載申請（変更申請）書

下記について、新潟県ホームページへ掲載することを（申請・変更申請）します。

医療機関名		
所在地		
電話番号		
実施曜日	例) 月・火・金	
診察時間	例) 8時30～11時30分	
予約の要否	要 ・ 否	
保険適用による ニコチンパッチ、禁煙 補助のための内服薬の 処方	可	不可

* 網掛け部分は掲載しません。