

## 禁煙支援リーフレット 使用申込書

申込日：令和 年 月 日

奈良県福祉医療部  
疾病対策課 御中

住所  
所属名  
職・氏名

下記のとおり、禁煙支援リーフレット「禁煙に手遅れはない！」の使用申込をいたします。

### 記

1. 必要部数 \_\_\_\_\_ 部
2. 使用目的
3. 使用予定日程（市町村のみ記載。スケジュール表等の資料添付も可。）
4. 担当者 氏名：  
電話番号：  
FAX/Email：