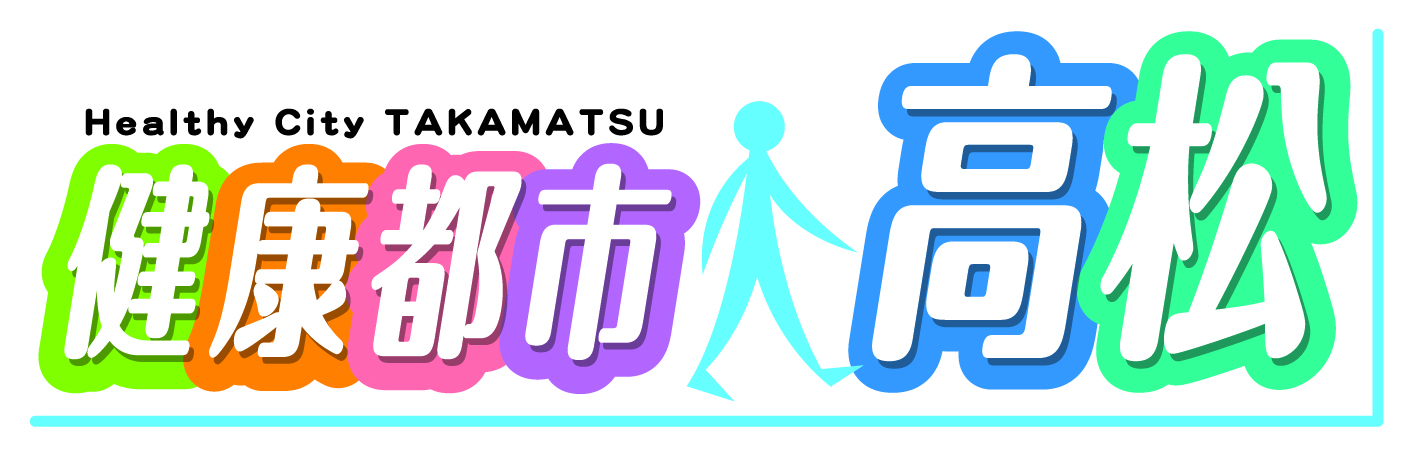
高松市保健所 保健医療政策課 行

ＦＡＸ　０８７－８３９－２８７９



**令和６年度 高松市禁煙・受動喫煙防止出前講座申込書**

※太枠内に必要事項を御記入下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　） | | | | |
| 団体・事業所名 |  | | | | |
| 代表者名 |  | | | | |
| 所在地 | 高松市　　　　　　　　町　　　　　　　　　　番　　　　　号  番地 | | | | |
| 担当者 | 担当者名 |  | 部署名 |  | |
| 電話番号 | －　　　　　　　　－　　　　　　　（内線：　　　　　　） | | | |
| メールアドレス |  | | | |
| 希望内容  (複数回答可) | □喫煙・受動喫煙の害　　　□たばこと生活習慣病との関係　　　□禁煙の方法  □禁煙をサポートする方法　□女性と子どもへの影響  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 実施希望日 | 第１希望 | 令和　　年　　月　　日（　）　　：　　～ | | | □６０分まで  □９０分まで |
| 第２希望 | 令和　　年　　月　　日（　）　　：　　～ | | |
| 実施場所 | （会場・会議室名）  （会場住所）上記の所在地と異なる場合は記入ください。  高松市　　　　　　　　町　　　　　　　　　番　　　　号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地 | | | | |
| 参加者 | 参加予定人数：　 　　　　人  ■以下は事業所の方のみ、御記入下さい。  特定健診等による職場の喫煙率： 　　　　　　％  職場の受動喫煙防止状況： 敷地内禁煙・建物内禁煙・完全分煙・分煙・対策なし  香川県禁煙分煙認定施設登録： 済 ・ 申請中 ・ 未申請 ・ 対象外  職場での喫煙等に関する現在の課題 | | | | |
| 市側記入欄 | 決定開催日時：令和　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　（　　　分）  講師：【職名】医師・薬剤師・（　　　　）　【氏名】 | | | | |