

送付先：高知市保健所健康増進課  
喫煙対策担当宛て

FAX 088-823-8020

令和7年6月25日（水）開催

## 禁煙サポーター養成講座申込書

|            |  |
|------------|--|
| ふりがな<br>氏名 |  |
| 住所         |  |
| 連絡先        |  |
| 所属・職種      |  |

※注1）令和7年6月13日（金）までに送信をお願いいたします。

※注2）受講決定通知等はありませんので、当日会場へお越してください。

※注3）初回の方は先着30名ですが、修了生は全員参加可能です。