

徳島保健所健康増進担当 行き

FAX 088-652-9334

研修会参加申込み書 COPD予防対策研修会 9月28日(水曜日)

御所属名

電話番号

参加者

職 名	氏名
例)事業主・店長・衛生管理者等	

貴事業所の現在の状況を教えてください。

- 1 貴施設の業種を教えてください。(該当する項目に○をつけてください)
(1)飲食サービス業 (2)宿泊業 (3)生活関連サービス業 (4)娯楽業 (5)建設業
(6)運輸業 (7)教育・医療・介護関係 (8)行政 (9)その他()
- 2 受動喫煙防止取り組み状況を教えてください。(該当する項目に○をつけてください)
(1)建物内禁煙 (2)敷地内禁煙 (3)完全分煙 (4)分煙 (5)特に実施なし
(6)その他()

受動喫煙防止対策等で悩んでおられることや講師への質問等を教えてください。