**別紙**

疾病対策課　がん対策係　福田あて

令和４年度禁煙支援アドバイザー研修会　参加申込書

開催日　 　令和５年１月１９日（木）　１８：３０～２０：００

場所　　 　 ZOOMを利用したオンライン形式

メールアドレス　[cancer@office.pref.nara.lg.jp](https://koryunet2020.office.pref.nara.lg.jp/cgi-bin/dneo/zwmljs.cgi?_=1631756779524)

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 職種 |  |
| 氏名 |  |
| 薬剤師免許番号 |  |
| 職種 |  |
| 氏名 |  |
| 薬剤師免許番号 |  |
| TEL |  |
| E-mail | ※後日、参加URL等をお送りしますので必ずご記入ください |

※定員100名としているため、**各所属から2名**まででお願いします。

**※当日資料等については、2日前までに上記メールアドレスへ案内を送付致します。**

**メールが届かない場合は、奈良県疾病対策課（0742-27-8928）へご連絡ください。**

**事前アンケートがございます。**

**次ページをご記入ください。**

令和４年度禁煙支援アドバイザー研修会事前アンケート

令和4年度禁煙支援アドバイザー研修会の参加申込みをしていただき誠にありがとうございます。今回の研修では、効果的な禁煙支援について講演を予定しております。本アンケートを踏まえ、参加者の具体的な事例等も共有しながら問題解決の機会としたいと思っておりますので、皆様にアンケートのご協力をお願いします。

**※本研修会での質疑応答は、申込時の質問のみとさせていただきますので、ご了承ください。**

Q1　禁煙支援を実施したことはありますか 。

[ ] 実施したことがある　[ ] 実施したことがない

Q2　Q1で「実施したことがある」を選択した方へお聞きします。

　　禁煙支援を行う際に困った（困っている）事はありますか。

[ ] 困った（困っている）事がある　　[ ] 困った（困っている）事はない

Q3　Q2で「困った（困っている）事がある」を選択した方へお聞きします。

　　禁煙支援を行う際に困った（困っている）事は、どのようなことでしょうか。

Q4　Q1で「実施したことがない」を選択した方へお聞きします。

　　今後、禁煙支援を実施する際に、不安に思うことはありますか。

また、それはどんなことですか。

Q5　禁煙支援を行う際に、課題となる事がありますか。またそれはどんなことですか。

Q6　講師へのご質問・ご意見等があれば、ご記入ください。