様式第１号（第５条、第８条関係）

鳥取県卒煙支援推進事業実施計画（報告）書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　分 | 内　　　　　　　　容 | |
| １．補助事業者 | 事業所  名称 |  |
| 所在地 | 〒  （電話番号　　　　　　　　　　　　） |
| 担当者の所属及び氏名 |  |
| ２．事業概要 | ①従業員の禁煙治療支援　（支援人数：　　　人）  ②卒煙を目的としたイベント・講習会等の開催  主な内容  ③従業員の禁煙補助薬等購入費用助成　（助成人数：　　　人）  　主な助成対象禁煙補助薬等      ④その他        ※補助金を受けて実施される取り組みがわかるように、具体的に記載してください。 | |
| ３．事業対象経費 | 円 | |
| ４．事業完了  （予定）年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| ５．他の補助金等の交付 | あり　　　　・　　　　なし | |

※実績報告の際は、領収書などの事業に要した金額が分かる書類を添付すること。