

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。