

7 福薬業発第 3 7 7 号
令和 8 年 1 月 2 3 日

各地区薬剤師会会長 殿

公益社団法人福岡県薬剤師会
常務理事 濱 寛

卒煙サポート薬局に関するアンケート調査について

平素より本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記につきまして福岡県保健医療介護部健康増進課より文書が届きましたので、別添のとおりお知らせいたします。

このたび「卒煙サポート薬局」の実態を把握することを目的として、下記のとおりアンケート調査が実施されます。対象となる卒煙サポート薬局には、別添のアンケート調査依頼文書が郵送されておりますので、ご協力賜りますようお願いいたします。

ご多忙とは存じますが、貴会会員へご周知いただきますようお願い申し上げます。

記

1. 対象

卒煙サポート薬局

2. 回答方法

電子フォームからの回答、または FAX での回答

3. 回答期日

令和 8 年 2 月 27 日（金）まで

以 上

公印省略

7 健第 2 3 0 0 号
令和 8 年 1 月 2 0 日

卒煙サポート薬局 御担当者様

福岡県保健医療介護部健康増進課長
(健康づくり第二係)

卒煙サポート薬局に関するアンケート調査について

本県の健康づくり行政の推進につきましては、平素から格別の御理解、御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、平成 2 3 年から、身近な地域で禁煙相談が受けられる体制づくりを進めることを目的として、福岡県薬剤師会と共同で禁煙相談員の養成を行っているところです。

今般、禁煙相談員のいる薬局「卒煙サポート薬局」について、現在の実態を把握するため、下記のとおり調査を実施します。

御多用のところ恐れ入りますが、御回答いただきますようお願いいたします。

記

- 1 回答方法 ※なるべく電子フォームからの回答に御協力をお願いします。

①電子フォームからの回答

左記、QR コードから御回答ください。



【電子回答フォーム】

②FAX での回答

FAX 番号 : 092-643-3271

- 2 回答期日

令和 8 年 2 月 2 7 日 (金) まで

- 3 内容

別紙アンケート用紙のとおり

健康増進課 健康づくり第二係 (担当 今長谷)
〒812-8577 福岡市博多区東公園 7 番 7 号
TEL 092-643-3598 FAX 092-643-3271
E-mail imahase-y9697@pref.fukuoka.lg.jp

回答方法：電子フォームまたは、FAX から御回答ください。

※可能であれば電子フォームでの御回答をお願いいたします。

(電子フォーム)



(FAX) 092-643-3271

回答期日：令和8年2月27日（金）まで

卒煙サポート薬局に関するアンケート調査

薬局名： _____

回答者： _____

問1. 卒煙に関する相談件数をご記入ください。

R6 年度(4月～3月)： _____ 件

R7 年度(12月末時点)： _____ 件

問2. 上記のうち、卒煙できるまでサポートできた件数をご記入ください。

R6 年度： _____ 件

R7 年度： _____ 件

問3. 卒煙サポート認定後の禁煙相談員養成研修会への参加回数について、
当てはまる番号を御記入ください。

4 0回 ②1回 ③2回 ④3回 ⑤4回 ⑥5回以上

記入欄

問4. 福岡県庁ホームページへの卒煙サポート薬局名の掲載の可否

①可能 ②不可

記入欄

問5. 卒煙サポート薬局の制度について御意見等あれば御記入ください。

御協力ありがとうございました。