

禁煙宣言書

私は、喫煙の害ならびに禁煙の効果を理解した上で、
____月 ____日より、禁煙することを宣言いたします。

※禁煙開始日は申込日から2週間以内に設定ください。

※申込日から2週間以内に禁煙についての受診をしてください。

禁煙方法は以下を選択します。（希望方法の□に☑チェックください。）

- ニコチネル(貼り薬) チャンピックス(飲み薬)
禁煙補助薬使用しません

2016年 ____月 ____日

(氏名コード _____)

氏名 _____ (自筆署名)

私は、禁煙が成功するよう温かく支援することを約束します。

担当スタッフ名① _____ (自筆署名)

担当スタッフ名② _____ (自筆署名)

いただいた個人情報は、禁煙サポート以外使用しません。