原紙；本人　コピー；事務所
提出先：健康保険組合　健康づくり推進担当

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１ヵ月以内に設定ください。
※申込日から１カ月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。

※職場の方等にサポーターになってもらい、署名をご記入ください。（何名でも可）

サポーター名①　　（自筆署名）

サポーター名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。