

# 禁煙宣言書

私は、\_\_\_\_年 月 日より禁煙することを誓います。

宣言日: \_\_\_\_年 月 日

氏名コード: \_\_\_\_\_

氏名(自署): \_\_\_\_\_



禁煙理由(任意)

禁煙への意気込み(任意)

禁煙方法(○をつけてください)

禁煙外来利用 ・ 禁煙補助薬利用 ・ 自力(強い意志) ・ その他(\_\_\_\_\_)

サポーター(※)記入欄

(※)ご家族等にサポーターになってもらいましょう。

サポーターがいない場合等は、各事業所の方は健康管理室スタッフ、その他拠点の方は健康保険組合健康づくり推進担当者がサポーターとして支援していくことができます。お気軽にお声がけください。

私は、禁煙が成功するように暖かく支援することを約束します

サポーター名(署名): \_\_\_\_\_

禁煙を決意したあなたは素晴らしいです。

あなたの禁煙が成功するように、健康管理室スタッフ、健康保険組合健康づくり推進担当一同応援しています。

シャープ健康保険組合では 6 か月以上禁煙を達成された方に、禁煙外来通院費や禁煙補助薬購入費の費用補助を行っています。シャープ健康保険組合へ 6 か月以上の禁煙達成日 1 か月以内に申請してください。