

提出先： 本人 → 各事業所 総務 行

禁煙サポートプログラム エントリーシート

私は、禁煙外来治療による『卒煙』にチャレンジすることを宣言し、
エントリーいたします。

健康保険証	記号： 番号：
事業所名	
氏名コード	
氏 名	印

禁煙開始日

禁煙開始日(第一回通院日)	年 月 日
卒煙予定日	年 月 日

※ 卒煙予定日は、禁煙治療開始より6ヵ月後としてください。

- ★禁煙治療エントリーシートは禁煙開始 1 ヶ月後までにご提出ください。
- ★治療薬の使用上の注意（うつ等の精神疾患患者への慎重投与、服薬中の自動車運転等の危険な機械操作をさせない注意など）があるため、治療にあたってはご自身の健康状態、投薬状況、生活状況（通勤・業務での車の使用など）を正確に医師に伝え、医師の指導に従うようお願いいたします。
- ★エントリー状況は、事業所・健康保険組合で共有させていただきますので、ご了解願います。