

禁煙 エントリーシート

私は、禁煙活動による『卒煙』にチャレンジすることをここに宣言し、エントリーいたします。

【オンライン禁煙プログラム】

氏名		
健康保険者証	記号：	番号：
連絡先電話番号		
メールアドレス		

◆目標の禁煙開始日

目標の禁煙開始日	年	月	日
----------	---	---	---

◆注意事項

- ・オンライン禁煙プログラムへの参加および補助は、特退加入期間中に1回限りです。
- ・本シートが未提出の方は、6ヶ月後の卒煙達成時のキャッシュバックができませんのでご注意ください。

禁煙外来治療を受けるにあたっての注意点

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。