

## 禁煙活動補助エントリーシート

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。

被保険者証	記号	番号
被保険者氏名		
事業所/所属		
対象者名		

### 禁煙開始日

禁煙開始日	年	月	日
卒煙予定日	年	月	日

※卒煙予定日は、禁煙開始日より6ヵ月後としてください。

#### ★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願います。

<提出先>  
平和堂健康保険組合  
〒522-8511彦根市西今町1番地