

(別紙 1)

「禁煙宣言書」

私は、禁煙にチャレンジすることを決意し、医療機関の禁煙治療のもと、禁煙外来の成功を目指し、禁煙生活を宣言します。

宣言日 年 月 日

宣言者（被保険者氏名）

健 保 (記号) (番号)

受診する医療機関名

静岡県自動車販売健康保険組合あて
FAX 054-284-3917

※ 健保組合使用欄			年度	No.
決 裁	常務理事	事務長	課 長	担 当