

提出先：

本人 → 事業所 → 日鉄物産健康保険組合 行

禁煙サポート 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、ここに宣言し、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(自署の場合印は不要)		印

1. 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、禁煙治療開始より6ヶ月後としてください。

禁煙外来は3ヶ月となりますが、その後3ヶ月継続して禁煙し、卒煙とします。

2. _____ さんが禁煙が成功するよう温かく支援することを約束します。

支援者氏名	
-------	--

※ 支援者は、ご家族や職場上長・同僚などに記入してもらってください。

★禁煙サポートエントリーシートは禁煙開始後1ヶ月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、事業所と共有させていただきますので、ご了解願います。

【お申込先・問い合わせ先】
日鉄物産健康保険組合
保健事業担当

エントリーシートのご提出は郵送でお願いします。
〒103-6025 東京都中央区日本橋二丁目7番1号
TEL:03-6772-5286 FAX:03-6772-5496