

禁煙チャレンジ申込書 兼 禁煙宣言書

私は現在、1 日約 _____ 本のタバコ（加熱式タバコ含む）を吸っていますが、今回『禁煙』することを宣言し、「禁煙チャレンジ」にエントリーします。

記入日： 年 月 日

禁煙宣言者署名 _____

★チャレンジャー記入欄

会 社 名		所属部署名	
健康保険証の	記号	番号	
チャレンジ内容（エントリーするコースいずれか 1 つにチェックしてください）			
<input type="checkbox"/> 禁煙外来（通院）	<input type="checkbox"/> 禁煙外来（オンライン）	<input type="checkbox"/> 禁煙補助剤 （ニコチンガム・パッチ）	<input type="checkbox"/> 自力
【概要】 約 3 ヶ月の禁煙治療 対応の医療機関に通院し、 禁煙補助薬を用いて禁煙	【概要】 約 2 ヶ月+6 ヶ月のフォロー スマホなどで、医師と面談し、 禁煙補助薬を用いて禁煙	【概要】 市販のニコチンパッチ・ガムなど を最長 3 ヶ月使用して 禁煙にチャレンジ	【概要】 あなたの強い意志で 3 ヶ月禁煙にチャレンジ
チャレンジ開始予定日			
卒煙予定日			

※卒煙予定日は禁煙開始日（禁煙外来利用の場合は初診日）より 3 ヶ月以降としてください。

★禁煙応援サポーター記入欄

上記チャレンジャーが禁煙する意志があることを確認したので、90 日間禁煙治療を経て卒煙できるよう、支援することを約束します。

氏 名		チャレンジャーとの関係	上司 ・ 同僚 ・ 家族
会 社 名		所属部署名 （家族の場合は続柄）	
応援メッセージ			

* オンライン外来は組合指定のアプリを使って禁煙にチャレンジしていただきます

* チャレンジ終了後に【禁煙チャレンジ報告書】をご提出ください

* 禁煙応援サポーターは、非喫煙者の会社の同僚、上司、家族など。（1 人以上 3 人まで選択可）

ただし、禁煙外来（通院・オンライン）の場合はサポーターがいなくてもエントリーいただけます。

* 禁煙外来（オンライン）は在職中 1 人 1 回限りのチャレンジとなります。