

提出先:日本ガイシ健康保険組合

卒煙 エントリーシート

私は、禁煙支援による『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。

<チャレンジする卒煙コース> □に○を記入してください

☐ ニコチンパッチコース

☐ 禁煙外来コース

カ ナ		
氏 名		
保険証記号番号	記号	番号
所属部門名		
従業員番号		
連絡先電話番号(会社)		

◆注意事項

本用紙に関してご不明な点がございましたら日本ガイシ健康保険組合までご連絡
ください。(TEL:052-872-7336)

禁煙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の禁止)があるため、治療にあたってはご自身の健康状態、服薬状況、生活状況(通勤・業務での車・機械の使用など)を正確に医師・薬剤師に伝え、指導に従うようお願いいたします。

健康経営推進室
日本ガイシ健康保険組合