

## 禁煙宣言書

私、(氏名)\_\_\_\_\_は、

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日より、禁煙を開始することを

宣言いたします。

\_\_\_\_\_年

\_\_\_\_\_月

\_\_\_\_\_日

私たちは、あなたの禁煙に対し、治療を通してサポートします。

医師

看護師

私の禁煙したい理由は・・・

☐☐☐

です。