

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。