

# 禁煙チャレンジ宣言書

私は禁煙外来治療を利用して、たばこをやめることを宣言します。

令和 年 月 日

住 所： 松江市 \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) - \_\_\_\_\_

メールアドレス： \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

上記にご記入いただき、

郵送は 690-0045 松江市乃白町 32 番地 2 (松江市保健福祉総合センター内)  
松江市役所健康推進課保健総務係 宛

F A X は 0852-60-8160

までご提出ください。

