**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

ＦＡＸは　　 0852-60-8160

までご提出ください。

