

# 卒煙宣言

私は「かながわ卒煙塾」に参加し、卒煙にチャレンジすることを宣言します。

平成 年 月 日 スタート！  
平成23年10月31日 ゴール！

◇ 私は、次の動機で卒煙します。(最も近いものに○を付けてください。)

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| 1 自らの健康のため          | 2 家族の健康のため      |
| 3 家族・同僚・友人に勧められた    | 4 医師・保健師等に勧められた |
| 5 たばこの値段が上がるから      | 6 喫煙場所が減ったから    |
| 7 その他 (具体的に: _____) |                 |

◇ 私は、次の方法で卒煙します。(決まっている場合は、○を付けてください。)

- |                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| 1 保健福祉事務所・市保健所等の相談 | 2 医療機関の外来           |
| 3 薬局の相談            | 4 インターネット禁煙マラソン     |
| 5 何も使わない           | 6 その他 (具体的に: _____) |

◇ あなたのことを教えてください。(該当する項目に○または数字をご記入ください)

性別 (男・女) 喫煙年数 ( 年) 1日当たり平均喫煙本数 ( 本)  
年代 (10代 20代 30代 40代 50代 60代 70歳以上)

かながわ卒煙塾 塾長 様

卒煙宣言者 氏 名  
住 所 〒

電話番号、ファクシミリ番号または電子メールアドレス

私は \_\_\_\_\_ さんの卒煙チャレンジをアシストすることを宣言します。

アシスト宣言者 氏 名:

あなたとの関係 (配偶者・友人・会社の同僚など):

\*卒煙をアシスト(応援)する人がいる場合は記入してください。

申込先: 公益財団法人かながわ健康財団 がん対策推進本部

〒231-0037 横浜市中区富士見町3-1 (神奈川県総合医療会館内)

電話: 045-243-6933 F A X: 045-243-2019 E-Mail: sotsuen@khf.or.jp