

禁煙治療 結果報告書

事業所/部署名			
氏名 <small>ふりがな</small>		性別	男 ・ 女
保険証番号	記号：	番号：	社員番号
生年月日	昭和・平成 年 月 日生（満 歳）		
禁煙治療に対する感想等をご記入ください			
支援者の署名 <small>（家族・上司・同僚）</small>		協力者の関係	家族 ・ 上司 ・ 同僚

◆禁煙治療期間

禁煙治療開始日	年 月 日
禁煙治療終了日	年 月 日

上記のとおり禁煙治療を終了したことを報告します

令和 年 月 日

署名：

印

ミツバ健康保険組合理事長 様

ミツバ健康保険組合