

氏 名	男 ・ 女	生年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日 (満 才)
住 所			

*本制度は喫煙しない方が対象です。認定期間中に喫煙した場合は認定資格を喪失し、助成された医療費を返還していただきます。
*この報告書のデータは、今後の保健指導や環境保健対策を進めるための基礎資料として使用します。
回収したデータは個人が特定できないように加工した上で公表していきます。

※新規又は更新に○印を付けてください。
※18歳以上の方は新規申請できません。

上記のとおり報告します。

医療機関名

医療機関所在地

医療機関電話番号

担当医師 氏名

印

參考資料1