

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

香美町長 様

申請者 千 一

住所

氏名

印

電話 ()

香美町禁煙治療費助成事業事前届出書

確認事項に同意した上で、下記のとおり禁煙治療にかかる助成を受けたく届出します。

記

受診者氏名	住 所	電話 ()
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
受診医療機関名		

確認事項

私（申請者）は、薬剤の服用歴、疾病等が禁煙治療に影響を与える可能性がある場合、医師に対し禁煙治療が心身に悪影響を及ぼさないことを確認しています。