

## 卒煙成功宣言書

私は\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日から、半年以上、  
完全禁煙し、卒煙したことをここに宣言します。

年 月 日

社員番号\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_ 印

(必ず手書きしてください)

上記の者は、半年以上禁煙し、卒煙したことを証言します。

サポーター(家族もしくは知人など、私生活での関わりのある人)

氏名\_\_\_\_\_

本人との関係\_\_\_\_\_

(必ず手書きしてください)

サポーター(上司)

社員番号\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_ 印

(必ず手書きしてください)