

平成 年 月 日

医院・病院 禁煙外来  
先生  
御侍史

学校

校長

## 本校生徒の禁煙支援について（お願い）

貴下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

本校では、各方面のご指導を仰ぎながら、タバコの害から現在及び将来にわたって生徒を守るため、学校敷地内禁煙を実施し、喫煙防止教育に取り組むなどしているところでございますが、このたび、下記生徒について、ニコチン依存症に陥っている恐れがありますので、なにとぞ、禁煙支援についてお力を賜りたく、お願い致します。

生徒および保護者には、予約の上、受診するように話しており、 / ~ / を禁煙のための自宅謹慎期間としております。

また、お手数ですが、受診の際には下記証明書の発行についてお願い申し上げますとともに、禁煙の開始および継続についてアドバイスなどがありましたらご記入を頂ければ幸いです。

切り取り線

## 禁煙外来通院証明書

学校  
校長 様

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_組 氏名\_\_\_\_\_

上記の者は、禁煙外来に通院したことを証明します。

平成 年 月 日

医師

印

禁煙開始・継続についてのアドバイスなど