**禁煙支援申込書（個別）**

年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記号-番号 |  | ― |  |
| 事業所名　　 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏　　名 |  | 　 　　年　 　月　　日 |
| 電話番号 | 日中のご連絡先 |

1. **太枠内をご記入ください。**
2. **ご希望の禁煙方法にチェックしてください。**

**□　社内診療所で産業医処方のニコチンパッチ又は禁煙内服薬を使用したい**

**※社内処方の可否は、担当部署にご自身でご確認ください**

**□　薬局でニコチンパッチを購入して禁煙したい**

1. **以下のいずれかの方法で提出してください。**

**メール：　kenpo.kinen＠kobelco.com　宛**

**社内便：　神戸）神戸製鋼所健康保険組合　保健グループ　宛**

**郵　便：　〒657-0845　神戸市灘区岩屋中町5-2-20**

**神戸製鋼所健康保険組合　保健グループ　宛**

申込書を確認後、担当者より連絡させていただきます。

担当看護師、保健師等と連絡をとりながら禁煙に取り組みましょう。

（フォロー期間は最大3か月とします）

※ご提出後、2週間以上連絡がない場合は届いていない可能性があるため、お手数ですが078－261－6506へお電話ください。

※健保組合記入欄

フォロー者：事業所保健スタッフ・健保保健師　　　名前（　　　　　　　　　　　　　　）