「オンライン　禁煙外来プログラム」モニター参加申込書

令和　　年　　月　　日

会社名	（　　）																店舗名	
保　険　証	記号						番号											
被保険者名																	部署名	
参 加 者 名																	連絡先電話　（　　）	
	男・女	生年月日	昭・平　　年　　月　　日（　　才）															

※注意事項　① 参加対象者は、20歳以上の被保険者　② 通信費はモニター参加者負担

「オンライン　禁煙プログラム」 チャレンジ宣言

今回の禁煙プログラム参加にあたっての意気込みをお答えください。
（禁煙しようと思ったきっかけや、今回禁煙にチャレンジするにあたっての宣言など）

■ 喫煙歴はどれくらいでしたか？（〇で囲む）　①:1年未満　②:1年～5年　③:5年～10年　④:10年以上

■ 一日の喫煙本数は何本ですか　（　　本）

（健康保険組合使用欄）

受　付

決　裁

常務理事	事務長	担当者