

「卒煙チャレンジ」参加申込書

申込み用紙2-①

※申し込みには、この用紙と「卒煙チャレンジ宣言書」の2枚が必要です

※下記の必要事項をご記入の上、郵送または FAX (052-953-5244) にて

愛知県農協健康保険組合 保健部までお送りください

*チャレンジャー記入欄

事業所名		申込日	令和 年 月 日
ふりがな		性別	男 ・ 女
被保険者 氏名			
被保険者証 記号-番号	-	年齢	歳
住所	(〒 -)		
連絡先	電話番号(※必須 日中繋がる連絡先)	メールアドレス (※必須)	
	- -	@	
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 紙たばこ <input type="checkbox"/> 加熱式たばこ 喫煙本数1日 _____ 本 喫煙年数 _____ 年間		
*禁煙した事がありますか? 初めて・(_____)回目 *禁煙しようと思ったきっかけは?(複数回答可) 1.自分の健康のため 2.家族の健康のため 3.たばこ代がかかるため 4.喫煙場所が少ないから 5.周囲に禁煙を勧められて 6.臭いが気になるため 7.その他(_____)			

*サポーター記入欄 (以下はサポーターの方が記入してください)

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		年齢	歳
チャレンジャーとの関係	<input type="checkbox"/> 職場の同僚等(被保険者証記号-番号: _____) <input type="checkbox"/> チャレンジャーの被扶養者 <input type="checkbox"/> チャレンジャーの配偶者		
住所	(〒 -) <input type="checkbox"/> チャレンジャーと同住所		
電話番号	-	-	

尚、ご提供頂いた個人情報は本事業の目的以外には使用いたしません

※申し込みには、この用紙と「卒煙チャレンジ」参加申込書の2枚が必要です



私は、卒煙チャレンジに参加し、卒煙することを宣言します。

令和 年 月 日

氏名 _____

～サポーターからのメッセージ～

※応援メッセージをどうぞ！



私は、卒煙を応援することを宣言します。

サポーター氏名 _____

※ご提供頂いた個人情報は本事業の目的以外には使用いたしません

※以下の場合にはチャレンジ対象外となり、参加できませんのでご注意ください

- ①申し込み前から禁煙を開始している方
- ②たばこの種類を変更する方(紙→加熱式・電子、加熱式→紙、電子)

<問い合わせ先>

〒460-0003 名古屋市中区錦三丁目3番8号 JA あいちビル6階
愛知県農協健康保険組合 保健部 TEL:052-971-3255 FAX:052-953-5244