

卒煙宣言書

(卒煙サポートプログラム申込書)

令和 年 月 日

【卒煙希望者記入欄】

私は、本プログラムに参加し、卒煙にチャレンジします

会社名		支店/工場名等	
被保険者等記号番号（※）	—	生年月日（西暦）	年 月 日
卒煙希望者氏名	印		
メールアドレス(会社・個人)	@ ※ハイフンやドット等メールアドレスは丁寧にご記入ください		
電話番号	() ※日中ご連絡可能なものをお答えください		
自力で卒煙チャレンジの 参加回数	初回・()回目	禁煙セラピーのマンガ 本を持っていますか？	持っている・持っていない
3か月のタバコ代	タバコ 1 箱の値段 [] 円 1か月（30日） × 3か月 = [] 円 ⇒3か月後、この浮いたタバコ代を何に使いますか? []		
決意表明 卒煙に向かって今後どのように行動するか決意を明記ください			

【卒煙サポーター記入欄】

私は、上記の宣言者が卒煙する意思のあることをここに証明し、

卒煙が達成できるよう全力で支援いたします

事業所名		ブリヂストン健康保険組合 加入の有無	有・無
サポーター氏名 (続柄 :)	印	被保険者等記号番号（※） <small>（ブリヂストン健保加入者のみ）</small>	
支援方法 宣言者をどのように支援していくか明記ください			

※被保険者等記号番号は、資格情報のお知らせ・資格確認書・マイナポータルの資格情報画面などから確認ください

・取得した個人情報は本プログラムのみにしか使用致しません。