タバコ対策事業利用申込書

年　　月　　日

① 申し込みたい事業に〇をつけてください

A) ニコチンガム１日分お試しコース

B) 禁煙開始をサポート！ ニコチンガム７日分コース

C) 禁煙を考えている貴方に！ 専門職による個別指導コース

（禁煙成功した場合、ニコチンガムもしくはニコチンパッチの購入費用を 20,000 円まで補助）

② 以下のいずれか当てはまる方の記入欄にご記入ください

■個人でのお申込みの場合はこちらの必要事項をご記入ください

記号		番号	
氏名			
所属施設			
連絡先	TEL:		
普段の喫煙本数	１日あたり	本くらい	
住所	〒		

■事業所単位でのお申込みの場合はこちらの必要事項をご記入ください

事業所名	
担当者所属・氏名	
担当者連絡先	TEL:　　MAIL(あれば):　　@sis.seirei.or.jp
禁煙デー同時開催	（　はい　・　いいえ　）　はいの場合 実施日　　年　　月　　日

※ 事業所単位でのお申し込みの場合、併せて別紙『利用予定者リスト』のご提出が必要となります

③ 以下のいずれかの方法でお申し込みください

申込方法:　メールカー(浜松地域) / 郵送 / FAX / PDF 等で取り込みのうえメールに添付して送付

宛先:　TEL: 053-413-3323 / FAX: 053-413-3324 / MAIL: kenpo-hokenshi@sis.seirei.or.jp

〒430-0946 静岡県浜松市中央区元城町 218-26 聖隷ビル 2F 聖隷健康保険組合　担当: 保健指導係

※ 本申込書の提出をもって、以下の事項に同意したものとみなします

- 『7 日分コース』、『個別指導コース』を個人でお申し込みの場合は、禁煙の意志があること
- ニコチンガムもしくはニコチンパッチの使用にあたっては添付の取扱説明書をよく読み、用法・用量を守って正しく使用すること
- ニコチンガムもしくはニコチンパッチは喫煙者である申込者本人が使用し、第三者への譲渡や販売等、その他目的外利用をしないこと

上記の通りタバコ対策事業利用を申し込みます

聖隷健康保険組合 理事長様

健保承認			
常務	事務長	事務担当	担当

受付印

2024 年 12 月改訂