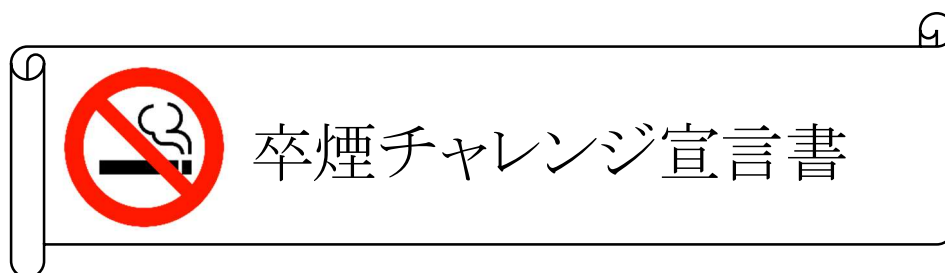


※申し込みには、この用紙と「卒煙チャレンジ」参加申込書の2枚が必要です



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 _____

※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

※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