

# 「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**

※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

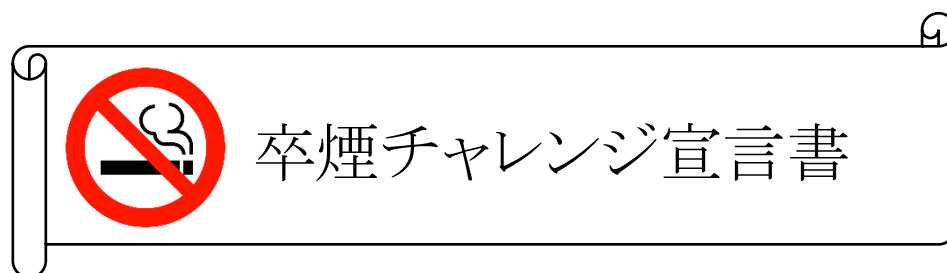
<input type="checkbox"/> 一年以上前から習慣的にたばこを吸っている	<b>※必ずチェックを入れて下さい</b>		
<input type="checkbox"/> 現在、たばこを吸っている(申込時点)	(チェック漏れは参加対象外となる場合があります)		
<input type="checkbox"/> たばこの種類は紙たばこ、または加熱式たばこ(アイコス、プルーム、グロー、ウイズ、リルハイブリッド)である			
事業所名		申込日	令和 年 月 日
ふりがな		被保険者証 記号-番号	—
被保険者 氏名			
性別	男 ・ 女	年齢	歳
住所	(〒 - )		
連絡先	電話番号 <b>※必須</b> (日中繋がる連絡先)	—	—
	メールアドレス <b>※必須</b>		@
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		

## \*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	—	—	

※ご提供頂いた個人情報に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 \_\_\_\_\_

※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