**禁煙プログラム参加申込書（従業員）**

【申込期間】**2023年7月7日(金)昼12時～7月27日(木)　※厳守**

**申込日：2023年7月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| 保険証記号・番号（保険証に記載のもの） | 記号：２０　　番号： |
| 氏名 |  |
| 地区（該当地区を〇で囲む） | 東京　千葉　川崎　大仁　富士　守山　名古屋　鈴鹿　大阪水島　大分　延岡・日向　ホームズ東京　ホームズ大阪　建材厚木　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 会社名 |  |
| 工場・部課名 |  |
| 連絡先ＴＥＬ（日中連絡がつく番号） |  |
| 応援サポーター（１～３名）＊旭化成健保加入の従業員・非喫煙者限定（ご自身の家族は対象外）会社名工場・部課名氏名 | １．会社名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　部課名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２．会社名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　部課名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　３．会社名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　部課名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　※サポーターがいない方はその理由（該当するものに〇）１．職場の人数が少ない　　２．ひとりで頑張りたい３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 管轄の健康管理室（必ずご記入ください） |  |
| 【すべての□にチェック「ﾚ」をつけてください】　※チェック「ﾚ」が難しい場合は、□を■に変換してください* プログラム参加中の健康については、自己責任のもと管理することに同意します
* プログラム参加終了時に禁煙できていない場合は5千円給与徴収されることに同意します
* プログラムの参加状況や禁煙状況を、健保から管轄の健康管理担当者に報告することに同意します

　　　　　　　　 |

＜申し込み・お問合せ先＞　 旭化成健康保険組合　禁煙支援担当

【 住所 】 〒882-0847 宮崎県延岡市旭町2-1-3

【 TEL 】 0982-22-2940　【 FAX 】 0982-22-2910（送信間違いにご注意ください）

【e-mail】 代表組織　旭化成健保　 (kenpo@om.asahi-kasei.co.jp)

【受付時間】平日9:00～17:00 (12:00～13:00除く)