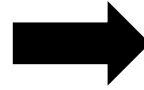


達成者のみ
提出

本人	所属長



健保担当者	健保常務理事

卒煙達成証明書

私は本プログラムにて卒煙を達成いたしました。

また、今後も卒煙を継続することを宣言します。

事業所名			
保険証 (記号・番号)	記号		番号
被保険者氏名	(自筆署名) _____ 印	性別	男 ・ 女
支援者の 卒煙達成証明	上記の者は、卒煙を達成したことを証明します。 卒煙サポーター (自筆署名) _____ 印 参加者との続柄： _____ 保険証記号・番号 _____ <small>※ブリヂストン健保加入者は記載ください</small>		
達成賞 (クオカード等) 送付先	住 所： 〒 _____ _____ _____ <small>※お間違いのないよう、ご記入をお願い致します。</small>		
日中連絡が取れる 電話番号	_____ () - () - ()		

【問い合わせ先・提出先】

ブリヂストン健康保険組合

Mail : madoguchi.kenpo@bridgestone.com