**卒煙宣言書**

グループ会社用

**（卒煙サポートプログラム申込書）**

　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　　月　　日

【卒煙希望者記入欄】

私は、本プログラムに参加し、卒煙にチャレンジします

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会社名 |  | 支店/工場名等 |  |
| 保険証の記号・番号 | ― | 生年月日（西暦） | 年　　月　　日 |
| 卒煙希望者氏名 | 印 | | |
| メールアドレス  （会社・個人） | ＠  ※ハイフンやドット等メールアドレスは丁寧にご記入ください | | |
| 電話番号 | （　　　　　　　　）  ※日中ご連絡可能なものをお答えください | | |
| 自力で卒煙チャレンジの  参加回数 | 初回・（　　）回目 | 禁煙セラピーのマンガ本を  持っていますか？ | 持っている　・　持っていない |
| 3か月のタバコ代 | タバコ1箱の値段  ×  ×  　　　　　　　円　　　　　　1か月（30日）　　　3か月　＝　　　　　　　　　**円**  ⇒3か月後、この浮いたタバコ代を何に使いますか？ | | |
| 決意表明  卒煙に向かって今後どのように行動するか決意を明記ください |  | | |

【卒煙サポーター記入欄】

私は、上記の宣言者が卒煙する意思のあることをここに証明し、

卒煙が達成できるよう全力で支援いたします

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | ブリヂストン健康保険組合加入の有無 | 有　・　無 |
| サポーター氏名 | 印  （続柄：　　　　　　　　　　） | 保険証記号・番号  （ブリヂストン健保加入者のみ） |  |
| 支援方法  宣言者をどのように  支援していくか明記ください |  | | |

※取得した個人情報は本プログラムのみにしか使用致しません。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ブリヂストン健康保険組合