**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