

FAX  
086-253-8190

## 禁煙チャレンジ申込書

必要事項をご記入のうえ、FAXまたは郵送でお申し込みください。

健康保険記号		番 号	
事業所名		電話番号	
所在地	〒		
禁煙開始日	月 日から 90日間		
喫煙年数	年	喫煙本数	1日 本

私は、90日間の「禁煙チャレンジ」に挑むことを、宣言し申請します。

年 月 日

氏 名

印

あなたの事業所内禁煙サポーター（見届け人）

（会社の方に禁煙を宣言して書いてもらいましょう。）

氏 名	応援のメッセージ

## 結 果 報 告

禁煙チャレンジ	達成 ・ 未達成
禁煙サポーターの確認	申請者が禁煙に成功したことを確認しました。 _____ 印 _____ 印

\*禁煙チャレンジ期間終了後に結果をご記入いただき郵送またはFAXでご連絡ください。  
達成された方には記念品を贈呈いたします。

[お問合せ先]

〒700-0032 岡山市北区昭和町12-15

一般財団法人岡山県社会保険協会

TEL 086-253-8170 FAX 086-253-8190