**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](mailto:kenpo@om.asahi-kasei.co.jp))

【受付時間】平日9:00～17:00 (12:00～13:00除く)