**禁煙プログラム参加申込書（家族）**

【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 |  |
| 連絡先ＴＥＬ  （日中連絡がつく番号） |  |
| 被保険者（従業員）氏名 |  |
| 【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5千円徴収（従業員より給与徴収）され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9:00～16:00 (12:00～13:00除く)