

禁煙サポート申込書

年 月 日 保険証 記号 番号

私 氏名： は、2週間以上の連続禁煙を目指して、

年 月 日から 年 月 日まで

禁煙サポートを申し込みます

◆2週間以上、連続して禁煙するためのアクションプランを3つと、各プランの実行性を高めるのに必要な準備・段取りをできるだけ具体的にお書きください。

(準備・段取りについて、裏面参照)

プラン1：

準備・段取り：

プラン2：

準備・段取り：

プラン3：

準備・段取り：

◆どのようなサポートがあると良いですか？ ご希望をお知らせください。

★開始前に今後のサポート方法について、担当者と電話にて打合せをおこないます。

月～金曜日、9時半～17時半以内に必ずつながる連絡先をお知らせください。

※組合からの連絡・送付物には、禁煙できていても、できていなくてもご回答ください。

勤務先・携帯・自宅 TEL：

都合のよい曜日 曜日 都合のよい時間 時頃

関東百貨店健康保険組合では禁煙サポートへのお申し込みを受け付けいたしました。

サポート担当者 管理栄養士

FAX：03 - 3839 - 5624

禁煙サポートにおける個人情報の取り扱いについて

関東百貨店健康保険組合では、加入者の方が当組合の保健事業をご利用いただく際には、個人情報保護規程に基づき、取り扱わせて頂いております。ご承知おきください。

なお、ご利用の際には、ご確認の上、お申し込み頂きますようよろしくお願いいたします。

申込書にご記入いただいた保険証記号番号、お名前、ご連絡先などは、組合員であることの確認や参加者名簿の作成・書類の送付・電話サポートなどのために利用し、その他の目的では使用いたしません。

★当組合の個人情報取り扱いの詳細は、

当健保組合ウェブサイト (<http://www.kanto-kenpo.or.jp>) をご覧ください。

問い合わせ先：関東百貨店健康保険組合 健康管理課 指導係

TEL：03 - 3833 - 6143 （平日 9 時半から 17 時半）

FAX：03 - 3839 - 5624

◆準備・段取りガイド

プラン（例）『吸いたくなったら体を動かす』

