

平成 年 月 日

京都府農協健康保険組合 御中

らくらく禁煙コンテスト「参加申込書」

下記のとおり、貴組合が取り組む「らくらく禁煙コンテスト」に参加し、禁煙にチャレンジします。

記

事業所名		所属	本・支店	課
フリガナ		被保険者証 記号・番号		
被保険者氏名				
参加方法	・ 個人で参加 ・ 職場単位で参加			
参加しようとした理由				
喫煙歴	年			
過去に禁煙した ことがありますか	・ ある ・ ない			
被保険者住所	〒		連絡先電話:	()

※ ご提出いただいた個人情報、らくらく禁煙コンテスト参加の目的のみ使用し、ご本人の同意等正当な理由なしに、他の目的では使用いたしません。

問い合わせ先

京都府農協健康保険組合

TEL:075-661-1428

FAX:075-661-1463