

# 禁煙コンテスト参加申込書

年 月 日

名古屋薬業健康保険組合 御中

事業所所在地  
事業所名称  
事業主氏名

(印)

申込番号	事業所名称(本・支店名)	電話番号	担当者氏名	参加申込者数							
	事業所所在地			被保険者		被扶養者		計			
				男	女	男	女	男	女		計
No.	(〒 - )	( )		名	名	名	名	名	名	名	
No.	(〒 - )	( )									
No.	(〒 - )	( )									
No.	(〒 - )	( )									
No.	(〒 - )	( )									
No.	(〒 - )	( )									
No.	(〒 - )	( )									
備考											

《注意事項》

- ※この申込書に禁煙コンテスト参加申込者連名簿(様式第2号の2)を添えてご提出ください。
- ※禁煙コンテストでは参加される方へ教材をお送りいたしますので申込は本・支店ごとに分けてご記入されることをお勧めします。
- ※ご記入いただきました事項につきましては、禁煙コンテスト実施の目的以外には使用いたしません。

## 禁煙コンテスト参加申込書

年 月 日

名古屋薬業健康保険組合 御中

住 所 (〒 - )

被保険者氏名 ⑧

電話番号 ( ) -

健保証記号	健保証番号	参加申込者氏名	性別	続柄	備考
			男・女	本人・家族	
			男・女	本人・家族	
			男・女	本人・家族	

《注意事項》

※禁煙コンテストの教材は、コンテスト開催の5日前までに、申込書にご記載いただいたの住所にお送りいたします。

※ご記入いただきました事項につきましては、禁煙コンテスト実施の目的以外には使用いたしません。