

禁煙外来
(貼り薬)

禁煙チャレンジ 申込書

「FAX」または「郵送」で国保組合に申し込んでください

以下をすべてご記入ください	所属支部()支部
フリガナ	記入日 年 月 日
氏名	保険証番号 玉 306 ()
	生年月日(年齢) S・H 年 月 日(歳)
	電話番号
質問 1. 今回禁煙をしようと思った理由を 教えてください(複数回答可)	1.体調をくずした 2.健康のため 3.たばこ代が負担になった 4.家族から禁煙を求められた 5.喫煙場所が減った 6.禁煙外来に関心がある 7.その他()
質問 2. 過去に禁煙に挑戦したことはありま すか？	1.ない 2.ある()回 継続できなかった理由(複数回答可) ① イライラして集中できなくなった ② 体重が増えた ③その他()
質問 3. 喫煙歴を教えてください	()歳から()年間 1日()本

FAX の場合 048(862)9315

郵送の場合 〒336-0031

埼玉県さいたま市南区鹿手袋 6-18-12

埼玉土建国保組合 健康増進課 宛

申込書は所属支部にもあります。