

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みください

以下をすべてご記入・ご回答ください

フリガナ	所属支部 () 支部
氏名 * ニコチンガム購入コースを選択する方は、商品発送に必要な情報を H.U.ウエルネス(株)に提供することを同意の上自筆でご署名ください。	記入日 年 月 日
	保険証番号 玉 306 ()
	生年月日(年齢) 年 月 日(歳)
	電話番号
住所 〒 -	
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. 禁煙ガムに関心がある 8. 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
取り組むコースをどちらか選択してください 1. 禁煙外来コース 2. ニコチンガム(ニコレットクールミント)購入	



FAX 048(710)5265 郵送 〒336-0031 埼玉県さいたま市南区鹿手袋 6-18-12 げんき館 2F 埼玉土建国保組合 健康増進課 宛	商品名	斡旋価格	数量	金額
	ニコレットクールミント (24個入) たばこをやめたいと望む方のための医薬品。禁煙時のイライラ・集中困難等の症状を緩和します	2000円		

〈送料: 3000円以上で無料。3000円未満の場合 500円の負担になります〉