



ニコラク卒煙サポート 申込書

下部(1)～(3)について該当事項をご記入及び☐の上、下記お問合せ先メールアドレスもしくは社内便でご送付ください

(1)参加コース

コース	<input type="checkbox"/> 仲間で参加コース※ →	チーム名	
	<input type="checkbox"/> 一人で参加コース	※仲間で参加コースの方はチーム名と1チーム3名までの参加者名を本紙下部「参加者①～③欄」に併記の上、ご送付下さい。	

(2)申込のきっかけ及び紹介キャンペーンでお申し込みの紹介者について

申込のきっかけ	<input type="checkbox"/> Dコネ等社内通知	<input type="checkbox"/> 診療所スタッフ・人事担当者からの案内	
	<input type="checkbox"/> 職場・知人からの案内	<input type="checkbox"/> その他(_____)	

*卒煙紹介キャンペーン・・・非喫煙者で紹介者(デンソー健保加入者)の方は下記をご記入ください

*紹介者氏名		参加者①との関係	<input type="checkbox"/> 家族 → 続柄(_____ 例:配偶者)
			<input type="checkbox"/> 友人 記号番号 _____

(3)参加者名

記入にあたってのお願い

本事業への申込及び実施実績、参加情報は加入者の健康の保持増進のために必要な事業を行うため、事業評価の目的で事業主と共有する場合があります。上記情報の共有についての同意できない場合は、ご参加者別の記入欄右部にご本人様で☐にてご意向お知らせください。

参加者①

保険証記号-番号	-	従業員番号	
氏名		生年月日	西暦 年 月 日
続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 → 続柄(_____ 例:配偶者)	社内メール	〒 _____
E-Mailアドレス <small>※会社又は自宅・携帯</small>		所属	
喫煙歴	1日平均()本、喫煙年数()年	社内TEL	

事業所との
情報共有に
 同意しない

参加者②

保険証記号-番号	-	従業員番号	
氏名		生年月日	西暦 年 月 日
続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 → 続柄(_____ 例:配偶者)	社内メール	〒 _____
E-Mailアドレス <small>※会社又は自宅・携帯</small>		所属	
喫煙歴	1日平均()本、喫煙年数()年	社内TEL	

事業所との
情報共有に
 同意しない

参加者③

保険証記号-番号	-	従業員番号	
氏名		生年月日	西暦 年 月 日
続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄 _____ 例:配偶者)	社内メール	〒 _____
E-Mailアドレス <small>※会社又は自宅・携帯</small>		所属	
喫煙歴	1日平均()本、喫煙年数()年	社内TEL	

事業所との
情報共有に
 同意しない

【お問合せ先】デンソー健康保険組合 保健指導Gまで E-Mail: kenpo_hokenshi@jp.denso.com