

送信先 FAX 番号 019-604-9117（協会けんぽ 岩手支部 保健グループ）

職場で取り組む禁煙チャレンジ申込用紙

事業所名	
ご住所	
健康保険 事業所記号	
ご担当様 氏名	
従業員数	名
連絡先 電話番号	
初回訪問 希望日	第1希望： 年 月 日 () 第2希望： 年 月 日 () 第3希望： 年 月 日 () 訪問時間は申込みいただいた後の電話確認のときにお伺いします。
その他 要望など	

（ご注意）

- 協会けんぽ岩手支部へ FAX または郵送でお送りください。
- 5営業日以内に協会けんぽから連絡がないときは、お手数ですが、電話でお問い合わせください。
- この申込用紙送信だけでは、お申し込みは確定しておりません。必ず、協会けんぽからの回答を確認してください。