

禁煙コンテスト参加申込書

平成 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  
(または、申込者氏名)

印

申込番号	事業所名称(本・支店名) 事業所所在地	電話番号	担当者氏名	参加申込者数						
				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.	(〒 - )	( )								
備考										

## 《注意事項》

※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いただきますようお願いいたします。

※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。