

# 禁煙補助薬申込書

必要個数 \_\_\_\_\_ 個

禁煙希望者

事業所記号	被保険者番号	氏名	※禁煙補助薬番号 必ずどちらかにするし をして下さい	
			①	②
			①	②
			①	②
			①	②
			①	②
			①	②
			①	②
			①	②
			①	②
			①	②
			①	②

上記のとおり申込みます。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

事業所住所 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

事業主氏名 \_\_\_\_\_

FAX番号 06-6533-0216