

イノアック健康保険組合 行

私は「遠隔禁煙プログラム」について、以下の説明を確認しました。（✓を全て入れてください）

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 事業の目的、背景、意義 | <input type="checkbox"/> 事業の方法 |
| <input type="checkbox"/> 事業の実施体制 | <input type="checkbox"/> 事業に期待される効果について |
| <input type="checkbox"/> 事業への参加について | <input type="checkbox"/> 個人情報の保護について |

上記に関する説明を十分理解した上で、事業に参加することに同意します。

同意年月日 年 月 日

ご署名(自署) _____

遠隔禁煙プログラム参加申込書

保 険 証 記号番号	—	フリガナ				
		氏 名				
生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	男 女	
フリガナ						
住 所	〒 -					
日中つながる 電 話 番 号						
E mail アドレス						
勤 務 先						
所 属						
備 考	ご質問等あればご記入下さい					

ご記入後、メール(PDF)・FAX・郵送(定期便)にてお申込みください。

(申込先)

〒450-0003 名古屋市中村区名駅南 2-13-4 ゴム会館北館 3F

イノアック健康保険組合

電話 050-3145-6288

FAX 052-561-1173

Email kenpo@inoac.co.jp

※申込締切日 令和2年11月20日(金)