※申込書は、【ゴム会館　健保組合　宛】へ送付願います。

メール・FAX・社内便・郵送などで受け付けております。

記入例

**ascure卒煙プログラム申込書**

入力してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 健保　太郎 | | 男 | 年齢 | 50 | | 生年月日  （西暦） | 1971/12/1 |
| 所属名 | イノアック健康保険組合 | | 従業員番号 | 9999999 | | | | |
| 電話番号(内線) | | 6289 | 電話番号(外線) | | | 052-855-2550 | | |
| メールアドレス | | kenpo@inoac.co.jp | | | | | | |

**●利用条件**

☐　スマートフォンを持っている方 (スマートフォンOS : iOS 10.0以上、Android 5.0以上)

☐　禁煙を希望する方

※うつ病と診断されたことがある方は禁煙時の離脱症状により、病状を悪化させることがあるため、主治医確認後、医薬品なしでのご案内になります。

※ご自身で既に禁煙を3ヶ月以上されている方は、プログラム内容上ご利用できませんので、予めご了承ください。

**●使用医薬品**

参加者様の状況に合わせて、初回面談時に選択していただきます。

* 提供医薬品：ニコチンパッチ（ニコチネルパッチ）または ニコチンガム（ニコチネルガム）
* 次の事項に当たり、医薬品が使えない方：医薬品なし

＊3ヶ月以内に心筋梗塞の発作を起こした方。

＊重い狭心症、重い不整脈と医師に診断された方。

＊急性期脳血管障害（脳梗塞・脳出血等）と医師に診断された方。

＊うつ病と医師に診断されたことがある方

＊妊娠中である、または妊娠しているかもしれない方。＊授乳中である方。

＊他のニコチンを含有する製剤を使用している方。ニコチン製剤の成分によってアレルギー症状を起こしたことがある方。

**●個人情報の取り扱いについて (ご一読いただきチェックを入れてください)**

チェック

□　**個人情報の取り扱いについて、定められた下記の内容を理解し、同意します。**

1. 記入していただいた個人情報、事前確認事項等、本プログラムの遂行にあたり得た情報は、委託先（株式会社CureApp）へ提供します。ただし、本プログラム以外では使用しません。
2. 本プログラムの集計または統計処理を行う場合は、個人を特定できない形で行います。

**上記内容をすべて確認、承諾の上、ascure卒煙プログラムを申し込みます。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 | 署　名 | 印刷後、  自署願います。 |

**ascure卒煙プログラム申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 男 ・ 女 | 年齢 |  | | 生年月日  （西暦） |  |
| 所属名 |  | | 従業員番号 |  | | | | |
| 電話番号(内線) | |  | 電話番号(外線) | | |  | | |
| メールアドレス | |  | | | | | | |

**●利用条件**

☐　スマートフォンを持っている方 (スマートフォンOS : iOS 10.0以上、Android 5.0以上)

☐　禁煙を希望する方

※うつ病と診断されたことがある方は禁煙時の離脱症状により、病状を悪化させることがあるため、主治医確認後、医薬品なしでのご案内になります。

※ご自身で既に禁煙を3ヶ月以上されている方は、プログラム内容上ご利用できませんので、予めご了承ください。

**●使用医薬品**

参加者様の状況に合わせて、初回面談時に選択していただきます。

* 提供医薬品：ニコチンパッチ（ニコチネルパッチ）または ニコチンガム（ニコチネルガム）
* 次の事項に当たり、医薬品が使えない方：医薬品なし

＊3ヶ月以内に心筋梗塞の発作を起こした方。

＊重い狭心症、重い不整脈と医師に診断された方。

＊急性期脳血管障害（脳梗塞・脳出血等）と医師に診断された方。

＊うつ病と医師に診断されたことがある方

＊妊娠中である、または妊娠しているかもしれない方。＊授乳中である方。

＊他のニコチンを含有する製剤を使用している方。ニコチン製剤の成分によってアレルギー症状を起こしたことがある方。

**●個人情報の取り扱いについて (ご一読いただきチェックを入れてください)**

□　**個人情報の取り扱いについて、定められた下記の内容を理解し、同意します。**

1. 記入していただいた個人情報、事前確認事項等、本プログラムの遂行にあたり得た情報は、委託先（株式会社CureApp）へ提供します。ただし、本プログラム以外では使用しません。
2. 本プログラムの集計または統計処理を行う場合は、個人を特定できない形で行います。

**上記内容をすべて確認、承諾の上、ascure卒煙プログラムを申し込みます。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 | 署　名（自　署） |  |