

提出先：本人→ミツバ健康保険組合

戻り：ミツバ健康保険組合（受領印の押印）→本人へ原本写しを返却

★エントリー状況は、会社と共有させていただきますので、ご承知おきます。

禁煙治療 エントリーシート

事業所/部署名			
氏名 <small>ふり かな</small>		性別	男 ・ 女
保険証番号	記号：	番号：	社員番号
生年月日	昭和・平成	年	月 日生（満 歳）
チャレンジ理由			
支援者の署名 <small>（家族・上司・同僚）</small>		協力者の関係	家族 ・ 上司 ・ 同僚

◆禁煙開始日（禁煙外来にて医師のもと治療を開始すると宣言した日）

禁煙開始日	年	月	日
-------	---	---	---

◆私は、禁煙外来治療による『禁煙』にチャレンジすることを、ここに宣言し、エントリーいたします。

令和 年 月 日

署名：

⑩

ミツバ健康保険組合理事長 様

ミツバ健康保険組合