**禁　煙　補　助　剤　申　込　書**

●下記太枠内に必要事項をご記入ください。

**（禁煙補助剤について）**

|  |  |
| --- | --- |
| 商　品　名 | 個　数 |
| **ニコチネルパッチ20**（1箱：14枚入／2週間分） | 3箱 |

**取扱業者**：株式会社アーテム

〒　544-0015　大阪市生野区巽南5-5-13

**（申込者情報）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険証情報 | 記号 | 番号 | 被保険者氏名 |
| ご 送 付 先 | 〒 |
| ご 連 絡 先 | 電　話　番　号 | ―　　　　　　― |
| 日中のご連絡先 | ―　　　　　　― |
| E-mailアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　@ |
| 薬剤師からの連絡方法**※禁煙取り組み状況の****確認連絡をいたします** | 　電話　　　　・　　　　メール　　　　　　　　　　　 |
| 喫 煙 年 数 | 年 | 現在の喫煙本数 | 本／日 |
| 禁煙挑戦回数 | 　初挑戦 | ・ | 回目 |

**《商品到着から禁煙取り組みの流れ》**

本申込書と「ニコチネルパッチご使用前の確認票」に必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申し込みください。2週間ほどで商品がお手元に届きます。禁煙取り組みへのサポートとして、薬剤師が定期的に（2週間ごと）ご連絡させていただきますので、禁煙取り組み状況を電話またはメールにてお知らせください。

**《ＦＡＸ送信先：　東淀川健康保険組合》**

ＦＡＸ：０６－６３２２－０１６４

※お客様の大事な情報です。番号のおかけ間違いのないよう、いま一度ご確認ください。

＊取得した情報は、本事業の目的にのみ使用し、正当な理由なしに他の目的では使用いたしません。

**≪問い合わせ先≫**

東淀川健康保険組合

06-6322-0152

＊健保使用欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事 務 長 | 課　長 | 主任 | 担 当 者 |
|  |  |  |  |  |

整理No．