

## FAX送信票

5

令和 ○年 ○月○○日

## 「事業所で取り組む禁煙サポート事業」

## 参加者報告及び支援開始のお願い

禁煙支援薬局	○○薬局 ご担当者様
--------	------------

平素よりお世話になっております。

下記の通り、本事業参加登録事業所から参加者の申し出があり、支援薬局として貴局を希望していますので、ご対応いただきますようお願いいたします。

事業所名	株式会社 ○○○○○○○○○
担当者名	○○○ ○○○○○
電話番号	○○○-○○○○-○○○○

	氏 名		1日の喫煙本数	性別	年代	吸っているたばこの種類
	漢字	フリガナ				
1	○○ ○○	×× ××	20	男	20	①紙巻きたばこのみ
2	○○ ○○	×× ××	15	女	30	②加熱式たばこのみ
3	○○ ○○	×× ××	10	男	40	③紙巻き・加熱式の両方
4	○○ ○○	×× ××	30	女	50	①紙巻きたばこのみ
5	○○ ○○	×× ××	20	男	60	①加熱式たばこのみ

全国健康保険協会沖縄支部 企画総務グループ 玉城

FAX 098-951-2017 電話 098-951-2246