

大分県健康づくり支援課
健康寿命延伸班 近藤・森田 行
FAX：097（506）1735

※ 7月31日（月）17時締切り

事業所禁煙サポート事業 事前申込書

事業所名称	
事業所所在地	
事業所連絡先	TEL： FAX： E-mail：
担当者所属・氏名	担当部署： 担当者名：
禁煙支援の希望者数（名）	今回禁煙・卒煙にチャレンジする方の数 名
健康経営事業所 登録・認定状況 該当する□にレ点を入れてください	<input type="checkbox"/> 健康経営登録事業所 (一社一健康宣言を協会けんぽ大分支部へ提出済 又は保健所や県へ直接登録申請をした事業所) <input type="checkbox"/> 健康経営認定事業所 (認定項目5項目を達成し、県から認定証が交付された事業 所)
オンライン会議システム Zoomの活用可否 (直接対面での面接が難しい場合 オンラインで対応します) 該当する□にレ点を入れてください	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
【留意事項】 <ul style="list-style-type: none">応募多数の場合は、禁煙希望者の人数が多い事業所、登録事業所等を優先して決定しますので、ご希望に添えないこともあります。規定の募集件数になりましたら、期限内でも募集を終了させていただきます。	