荒川区保健所　健康推進課　健康推進係　禁煙チャレンジ応援プラン申請担当　宛

ＴＥＬ03-3802-3111（内線 433）・ＦＡＸ03-3806-0364

別記第１号様式（第５条関係）

荒川区禁煙チャレンジ応援プラン登録申請書

平成　　年　　月　　日

荒　川　区　長　　殿

申 請 者（登録者）　住　所

氏　名

荒川区禁煙チャレンジ応援プラン助成金交付要綱第５条に基づき、下記のとおり荒川区禁煙チャレンジ応援プラン登録を申請します。

記

氏　　名	（ふりがな）	性別
		男・女
生 年 月 日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）	
住　　所	荒川 区　　丁目　　番　　－　　号 電話　　（　　）	
	メールアドレス　※治療後のアンケートで使用します。 【注意】「数字のゼロ０」と「英字のオーo」との区別→ゼロはØにしてください。「小文字のエルｌ」と「数字のイチ１」、「ｈ（エイチ）」と「ｎ（エヌ）」の区別、「 - （ハイフン）」と「_（アンダーバー）」にご注意下さい。 ＠	
動　　機	申込の動機について当てはまるものすべて選んでください。 （ ）区ホームページ　（ ）ちらし　（ ）区報 （ ）勧められた →（ ）医療機関【医療機関名：　　】 （ ）家族　（ ）知人　（ ）区の職員 （ ）その他［　　］ （ ）その他［　　］	
受 療 予 定 医療機関名		