様式第１号（第７条関係）

福井県健康福祉部保健予防課　がん対策グループ　あて

　　※ＦＡＸで提出してください。

　　　　　　　ＦＡＸ番号：０７７６－２０－０６４３

「ノースモークで元気な職場応援奨励事業」参加申込書

福井県知事　様

　当該事業への参加を申込み、禁煙治療の終了と社内の禁煙対策に取り組みます。

令和　年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 〒 |
| 事業所名 |  |
| 代表者名 |  |
| 連 絡 先 | 電話　（　　　　　　　　　　　　　）  Fax 　（　　　　　　　　　　　　　）  メール（　　　　　　　　　　　　　） |
| 担当者名 |  |
| 従業員等数  (事業主含む) | 人　（うち喫煙者数　　　人） |

※参加申込書の提出期限は12月8日までです。

申請書(様式第２号)は参加申込後、令和６年３月末までに提出してください。

ご質問がある場合は、下記までお問い合わせください。

≪問合せ先≫　福井県健康福祉部保健予防課　がん対策グループ

【℡】０７７６－２０－０３４９