

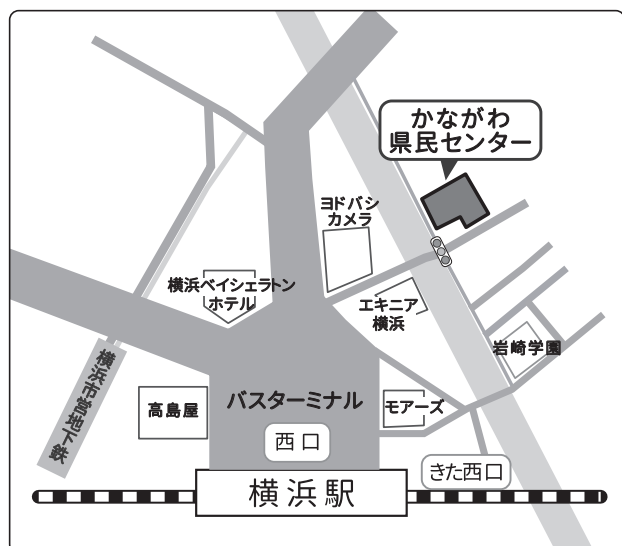
# かながわ卒煙塾行き FAX 045-243-2019

FAXでのお申し込みはこちらの面を記入の上、送信してください。

## かながわ卒煙塾 申込書

|                              |                           |
|------------------------------|---------------------------|
| ① 氏 名                        |                           |
| ② メールアドレス(あれば)               |                           |
| ③ 電話番号                       |                           |
| ④ お住いの市町村<br>(横浜市、藤沢市、大井町など) | ( ) 市・町・村                 |
| ⑤ 性 別                        | 男性・女性・無回答                 |
| ⑥ 年 代                        | 20代・30代・40代・50代・60代・70代以上 |
| ⑦ 喫煙の年数                      | ( ) 年                     |
| ⑧ 禁煙の経験はありますか                | あり ・ なし                   |
| ⑨ 過去に試みた禁煙方法                 |                           |
| ⑩ 禁煙に挫折した理由                  |                           |
| ⑩ 今回禁煙にチャレンジする理由             |                           |

※ご提供いただいた個人情報は、本事業の目的以外には使用いたしません。



会場

かながわ県民センター 303・306 会議室  
(お車でのご来場はご遠慮ください)

横浜駅 西口、きた西口より徒歩およそ5分

主催・問い合わせ先  
(公財)かながわ健康財団 がん対策推進本部  
電話 045-243-6933