

※ F A Xは誤送信を防ぐため、送信後は必ず公害保健係にご確認ください。

F A X : 5 7 2 2 - 9 3 2 9

電話 : 5 7 2 2 - 9 4 0 7

別記第1号様式(第5条関係)

年 月 日

禁煙外来治療費助成金交付事業登録申請書兼確約書

目黒区長宛て

申請者	住所	目黒区	電話番号	
	フリガナ			
	氏名		生年月日	年 月 日

目黒区禁煙外来治療費助成金交付事業による禁煙外来治療を受けるため、目黒区禁煙外来治療費助成金交付事業実施要綱第5条の規定により提出します。

また、申請にあたり、下記の事項について同意又は協力することを確約します。

記

- 1 この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記録された情報について、目黒区が調査することに同意します。
- 2 目黒区禁煙外来治療費助成金交付事業に関するアンケート調査に協力します。

(用紙規格 A4)