

様式第1号（第5条関係）

禁煙外来治療費助成金交付事業登録申請書兼確約書

品川区長 あて

申請書	住所	品川区	電話番号	
	氏名		生年月日	年 月 日

品川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、品川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、申請に当たり、下記の事項について同意または協力することを確約します。

記

- 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、品川区が調査することに同意します。
- 品川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。

年 月 日

署名

署名は、本人が自書してください。

(申請受付印)