

禁煙治療終了証明書

次の者は、禁煙治療のプログラムを終了したことを証明します。

受診者氏名	
初診日	令和 年 月 日
終了日	令和 年 月 日

医療機関名	
所在地	
代表者名 (または担当医師)	

※ この書類は、医療機関から「禁煙外来終了証等(修了証明書・卒業証書)」が発行された場合は提出不要です。

※ この証明書は医療機関で記入してもらってください。