

禁煙治療完了証明書

次の者について、禁煙外来を受診し、全ての治療を終了したことを証明します。

対象者氏名

治療期間

年

月

日

 $\sim$

年

月

日

証明目

年

月

日

医療機関名

所在地

代表者名

印