

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

～

年

月

日

証明日

年

月

日

医療機関名

所在地

代表者名

印

【注意事項】

受診した医療機関から禁煙治療を終了したことを証する書類(治療終了証書、卒煙証明書など。以下「証明書等」という。)が交付される場合、当該証明書等をもって治療の完了を確認するため、本様式は提出不要です。

医療機関から証明書等が発行されない場合は、本様式を医療機関へ提出して必要事項を記入していただき、補助事業完了報告書(様式第3号)と併せて盛岡市へ提出してください。