

禁煙外来治療終了証明書

下記の者については、禁煙外来治療における所定の治療過程を実施し、終了したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄

ふりがな 受診者氏名	
受診者生年月日	年 月 日
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日