

禁煙治療終了証明書

氏 名 _____

生年月日 _____

住 所 〒 _____

上記のものは、 年 月 日より禁煙治療を開始し、
年 月 日をもって、治療を終了したことを証明する。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

所在地 〒 _____

医 師 名 _____ (印)

※主治医の判断により診察5回未満で禁煙治療を終了した方は
上記証明書をご提出してください。