

禁煙外来終了証明書

____様が、禁煙外来にて禁煙治療の
プログラムを最後まで終了したことを証明します。

令和 年 月 日

初 診 年 月 日 令和 年 月 日

治 療 終 了 年 月 日 令和 年 月 日

医 療 機 関 名	
担 当 者	印

※ 医療機関担当者(スタッフ)等の署名又は記名押印