

禁煙治療終了証明書

氏 名 _____

生年月日 _____

住 所 _____

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

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

医 師 名

印