　　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

　　　医療機関の方へ

　　　　　この様式と同様の内容が確認できる書類であれば、貴医療機関の任意の様式に変えて

　　　　いただいて結構です。