

禁煙外来治療終了証明書

※ 医療機関記入 ※

鴻池健康保険組合 御中

次の者について、禁煙外来治療を受診し治療を終了したことを証明します。

受診者
氏名 _____

治療期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

証明日 令和 年 月 日

(医療機関)
名称
所在地
医師名