

日高町禁煙外来治療修了証

次の者については、禁煙外来治療のプログラムを修了(禁煙)したことを証明します。

受診者氏名 _____

禁煙治療期間 _____年 月 日 ~ _____年 月 日

医療機関名 名称

所在地

代表者名

(又は治療に当たった医師の記名押印)

印