

様式第3号（第6条関係）

禁煙外来治療完了証明書

受診者住所	大空町
受診者氏名	
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで
<p>上記の者については、禁煙外来治療を完了したことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>担当医師名 ㊟</p>	