

禁煙外来治療終了証

※医療機関で「禁煙外来治療終了証明書」等の発行がある場合は、下半分の「卒煙証明」のみ記載してください。

_____様が、禁煙外来治療にて3か月間のプログラムを終了されたことを証明します。

R _____年 _____月 _____日

医療機関名：_____

_____印

※医療機関名の入った印鑑、または医療機関スタッフの印鑑を捺印のこと。

卒煙証明

禁煙開始日から、現在までの6か月間

_____さんの禁煙が継続し、卒煙したことを証明します。

R _____年 _____月 _____日

支援者：_____

※エントリー時の「禁煙宣言書」に記載の支援者と同一者であること