

禁煙外来終了証明

____様が、
禁煙外来にて3か月間の、当院のプログラムを
無事終了され禁煙達成できたことを証明いたします。

年 月 日

医療機関名

印

記入例

トヨタ車体健康保険組合 御中

申請③

禁煙外来終了証明

健保 太郎

様が、

禁煙外来にて3か月間の、当院のプログラムを
無事終了され禁煙達成できたことを証明いたします。

2019 年 10 月 1 日

住所 * * * * *

TEL * * * * - * * - * * * *

医療機関名

* * クリニック 院長▲▲

