

禁煙外来治療終了証明書

松江市長 あて

次の者について、保険適用の禁煙治療を受診し、治療を終了したことを証明します。

受診者氏名 _____

証明日 令和 年 月 日

(医療機関) 所在地

医療機関名

または医師名 _____ 印