

卒 煙 証 明

禁煙開始____年____月____日から、現在までの6ヶ月間

____さんの禁煙が継続し、卒煙したことを証明します。

年 月 日

確認者（各社禁煙担当者または卒煙者の上司）

※確認者の方に、署名をもらってください。