

禁煙外来終了証明

_____様が、禁煙外来にて3ヶ月間のプログラムを
無事終了されたことを証明します。

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。