

# 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(各事業所医療職、または卒煙者の上司)

\_\_\_\_  
認印

※確認者の方に、署名・捺印をもらってください。