

※事業所経由で提出して下さい。

※**卒煙達成補助金申請書と一緒に提出**して下さい。

※卒煙には、これから更に3か月の禁煙継続が必要です。

常務理事	事務長	担当者

----- ※破線より上は健保記入 -----

禁煙外来終了証明書

_____様が、当禁煙外来にて約3ヶ月間の禁煙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 :

担 当 医 :

_____ (印)

※医療機関名等の入ったゴム印と、医療機関(スタッフ)の印鑑の押印をお願い致します。

※医療機関様に所定の様式がございましたら、そちらを使用していただいで構いません。