

## 禁煙治療終了証明書

禁煙治療終了者

氏名	
生年月日	T・S・H 年 月 日生
住所	総社市

禁煙治療を終了したことを証明します。

令和 年 月 日

禁煙治療実施医療機関名

住所

連絡先

治療を行った医師名

印

