

様式第4号（第6条関係）

禁煙外来治療完了証明書

受診者住所	廿日市市
受診者氏名	
治療期間	(元号) 年 月 日から (元号) 年 月 日まで
上記の者について、禁煙外来治療を完了したことを証明します。 (元号) 年 月 日 所在地 医療機関名 担当医師名	

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。