

板柳町禁煙外来治療完了証明書(医療機関記入)

次の者については、禁煙治療を完了したことを証明します。

受診者氏名	
受診者生年月日	年 月 日
禁煙治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
医療機関	名称
	所在地
	担当医師名
	印