

様式第 4 号（第 5 条関係）

禁煙外来治療完了証明書

受診者住所	宇部市
受診者氏名	
治療期間	年 月 日から 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。 年 月 日 所在地 医療機関名 担当医師名	