様式第３号（第６条関係）

平川市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 |