

# 禁煙外来終了証明書

\_\_\_\_様が、禁煙外来にて所定の  
プログラムを無事終了されたことを証明いたします。

年 月 日

医療機関名

\_\_\_\_\_  
印

※医療機関名の入った印鑑または医療機関スタッフの印鑑を捺印のこと。