

※「卒煙証明書」などが交付されない医療機関の場合に、
医療機関に記載を依頼し、「禁煙補助金支給申請書」に添付して提出。

禁煙外来治療証明書

_____ が禁煙外来にて3カ月のプログラムを終了し、
現時点で禁煙に成功していることを証明いたします。

_____ 年 月 日
医療機関名/医師（医療機関スタッフ）名

※医療機関名の入った印鑑または担当医師（医療機関スタッフも可）の印鑑の捺印をお願いいたします。