

様式第2号（第5条関係）

禁煙外来治療完了証明書

受診者住所	斜里町
受診者氏名	
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地 医療機関名 担当医師名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>	