**禁煙外来終了証明**

　　　　　　　　　　　　　　　　様が、禁煙外来にて３ヶ月間のプログラムを

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

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**禁煙完了証明**

禁煙開始から、現在までの６ヶ月間

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　さんの

禁煙が継続していることを証明いたします。

　　　　　　年　　　月　　　日（　　　）

続柄（　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　年　　　月　　　日（　　　）

続柄（　　　　　　　　　　　　　　　　）

※禁煙完了証明は2名の方（職場の同僚・上司等、家族、日ごろ生活を共にされている方であれば可）

の署名が必要となりますので、ご注意ください。