

様式第4号(第6条関係)

喜多方市禁煙外来治療助成事業完了証明書(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