

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。

初診時に医療機関へ。治療完了日に記入したものを受け取り、請求申請時に提出。

受診者氏名

太枠内は医療機関で記入してもらう。

受診者生年月日 年 月 日

治療期間は
12週間以内

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