

禁煙外来治療終了確認書（※医療機関で記入）

次の者は、保険適用となる禁煙治療を受け、治療を終了しました。

・受診者氏名 _____

・治療期間 _____ 年 月 日 ～ _____ 年 月 日

・医療機関

所在地： _____

名称： _____

代表者名： _____

_____ 年 月 日