

様式第4号（第7条関係）

禁煙外来治療終了証明書

（宛先）大東市長

医療機関名

住 所

医 師 名

印

下記のことについて、証明します。

記

1. 保険適用となる禁煙外来治療を受けた者の氏名
2. 禁煙外来治療の開始日
3. 禁煙外来治療の終了日