アイシン健康保険組合御中

禁煙外来終了証明

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様が、禁煙外来にて３ヶ月間、当院の

プログラムを無事終了され、禁煙達成できたことを証明いたします。

年　　月　　日　（　）

医療機関名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印