

日野自動車健康保険組合 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