

卒煙証明

禁煙開始日から、現在までの6ヶ月間

_____さんの禁煙が継続し、卒煙したことを証明します。

年 月 日

支援者 :

※支援者(家族・職場の上司・同僚)の方に、署名をもらってください。
(「禁煙宣言書」と同一人が望ましい)