

●医療機関記入

禁煙外来受診証明書

以下の者が禁煙治療を受診したことを証明します。

受診者氏名	
生年月日	年 月 日
受診日	年 月 日
保険適用	あり ・ なし

証明日 年 月 日

医療機関名称

所在地

医師名

●学生記入

高千穂大学学生課 御中

上記の証明および領収書（レシート）を添えて補助（受診料と処方薬料をあわせて上限 5,000 円（在学中 1 回）を申請します。（保険適用の場合のみ補助対象になります）

学籍番号

氏名

領収書（レシート）貼り付け欄
