

臨床研修歯科医証明書

一般社団法人日本老年歯科医学会第 37 回学術大会
大会長 池邊 一典 殿

下記の者は当施設の臨床研修歯科医であることを証明いたします。

氏 名：_____

出身大学：_____

歯科医籍登録番号 第_____号 ※ご提出時にお持ちの方のみご記入ください。

歯科医師臨床研修プログラム名

年 月 日

歯科医師臨床研修施設所在地

〒 _____

管理者 _____印