

# 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35回学術大会  
大会長 山崎 裕 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