

認定研修証明書

殿

貴殿は、補綴歯科専門医認定研修機関において、認定研修を
を継続（修了）していることを証明致します。

研修期間¹⁾

西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日

(継続中 ・ 修了)

西暦 年 月 日

認定研修機関名²⁾

指導医氏名³⁾

印

- 1) 補綴歯科専門医認定研修機関(甲)と(乙)および厚生労働省の定める臨床研修施設 (丙) で診療に従事している期間
2) 補綴歯科専門医認定研修機関(甲)と(乙)および厚生労働省の定める臨床研修施設 (丙)
3) 本会指導医または補綴歯科専門医、旧制度専門医あるいは歯科医師臨床研修における指導歯科医