

矯正歯科基本研修修了証明書

申請者氏名			
基本研修施設名		基本研修施設 指定証番号	第 号
常勤在籍期間	西暦	年 月 ~	年 月

上記の期間、常勤で研修を修了したことを証明する。

西暦 年 月 日

基本研修施設長(自署) _____ ㊟

(注)「基本研修施設」欄には、機関に指定された矯正歯科基本研修施設名、指定証番号を記入してください。

専門医制度規則第6条により、基本研修機関における矯正常勤在籍の経験が必要です。

基本研修機関で5年以上矯正常勤し、施設の研修を修了されている場合は、矯正歯科臨床研修修了の条件は満たされます。

..... ○

矯正歯科臨床研修修了証明書

申請者氏名			
臨床研修施設名		臨床研修施設 指定証番号	第 号
常勤在籍期間	西暦	年 月 ~	年 月

上記の期間、常勤で研修を修了したことを証明する。

西暦 年 月 日

臨床研修施設代表者(自署) _____ ㊟

上記臨床研修施設における専門医資格所有者(自署) _____ ㊟

※研修施設代表者と資格保持者が異なる場合のみ上記に記入してください。

(注)「基本研修施設」の常勤歴が5年未満、もしくは臨床研修の修了が認められなかった場合、本様式の提出が必要となります。

「臨床研修施設」欄には、専門医規則第21条による認定機関に指定された矯正歯科臨床研修施設名、指定証番号を記入してください。

認定機関が指定した「臨床研修施設」以外からの申請は出来ませんのでご注意ください。