

矯正歯科研修修了証明書

申請者氏名	
研修施設名 (複数記載可能)	
常勤在籍期間 (施設毎に記載、 合計5年以上)	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。

旧専門医制度取得に伴い、制度規則第6条に定められた、基本および臨床研修修了と同等と認めている事を保障いたします。

申請者が専門医取得後、何かしらの対応が必要となる際には、推薦団体として、責任を持ち対応をする事を此処に誓約致します。

西暦 年 月 日

(旧) 専門医発行団体および代表者名 _____ (印)