

医療機関在籍証明書

申請者氏名	
研修医療機関名	
矯正歯科臨床 経 験 期 間	常勤 昭和 平成 年 月 日～ 昭和 平成 年 月 日
	非常勤 (月__回) 昭和 平成 年 月 日～ 平成 昭和 年 月 日

上記の期間、当医療機関に在籍したことを証明する。

平成 年 月 日

研修医療機関代表者又は指導者

印

注1 研修医療機関が複数に亘る場合は、本書をコピーして提出してください。

推薦書

私は本申請者が日本成人矯正歯科学会歯並びコーディネーターにふさわしいと考えますので、ここに責任を持って推薦致します。

平成 年 月 日

推薦者氏名

印

推薦者の所属機関

住所

TEL

FAX

推薦者は

本学会

会員

非会員