［ **様式19** ］

**日本総合歯科学会　研修歯科医指導記録**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　認定医番号　　　　　　　　　　　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　 　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

研修施設名：

施設長：　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の期間について、当施設にて研修歯科医の指導に

従事していたことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 指　導　期　間 | 単位数 |
| 年　　　　月　　　　日　～　　　　年　　　　月　　　　日 |  |
| 年　　　　月　　　　日　～　　　　年　　　　月　　　　日 |  |
| 年　　　　月　　　　日　～　　　　年　　　　月　　　　日 |  |
| 年　　　　月　　　　日　～　　　　年　　　　月　　　　日 |  |
| 年　　　　月　　　　日　～　　　　年　　　　月　　　　日 |  |
| 年　　　　月　　　　日　～　　　　年　　　　月　　　　日 |  |
| 年　　　　月　　　　日　～　　　　年　　　　月　　　　日 |  |

※ 複数の研修施設にて指導を行った場合、本様式は施設毎に提出すること。