　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ［ **様式２０**］

|  |  |
| --- | --- |
| ＊受付番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　　　　 号 |
| ＊受付年月日 | 令和　　　　　年　　　　月　　　　日 |

**日本総合歯科学会指導医勤務証明書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　月　　　日

**一般社団法人**

**日本総合歯科学会理事長 殿**

下記の日本総合歯科学会指導医が勤務していることを

証明いたします。

（フ リ ガ ナ）

氏　　 名　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　印

　会　員№

　指導医№

住　　　　所：

診療施設名：

役　　職：

（フ リ ガ ナ）

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印