

# 認定研修証明書

殿

貴殿は、補綴歯科専門医認定研修機関において、認定研修を  
修了したことを（継続していることを）証明致します。

研修期間

西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日

（継続中・修了）

西暦 年 月 日

認定研修機関名

指導医氏名

印