［様式 4］

研修証明書（認定医申請用）

殿

貴殿は、下記の期間、高齢者に必要とされる歯科医療に関する研修を修了したことを（継続していることを）証明いたします。

研 修 期 間

年　　月　　日　～　　年　　月　　日
（ 継続中 ・ 修了）

年　　月　　日　～　　年　　月　　日
（ 継続中 ・ 修了）

研修期間合計：　　年　　ヶ月

年　　月　　日

研 修 施 設 名

指 導 医 氏 名　　印