

# 一般社団法人日本老年歯科医学会研修証明書

殿

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

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 月

年 月 日

研修施設名

指導医氏名

印