[様式4]

実地研修修了証

　　　　　　　　殿

貴殿は、当機関に在籍（職）し、（一社）日本老年歯科医学会 　　　　摂食機能療法専門歯科医師の認定に必要な研修を修了したことを　証明いたします。

期　　間

（西暦） 　 年 　　 月 　 日 ～ 年 月 日

　　　 実習内容

　　　　1）VEならびにVF研修

　　　　2）リハビリテーション計画書の作成

　　　　3）症例報告書の作成

（西暦） 　　　年 月 日

実習機関名

　指導歯科医師氏名（自署）

注）指導歯科医師は、摂食嚥下リハビリテーション委員会が認めた摂食機能療法専門歯科医師とする。