[様式3]

一般社団法人日本老年歯科医学会

研修機関申請 指導医在籍（職）証明書

一般社団法人

日本老年歯科医学会理事長 殿

殿は　　　　 に

（西暦）　　　　年 　 月　 日 ～現在に至る

（常勤・週３日以上・週１日以上～週３日未満・週１日未満）＊どちらかに○

（西暦）　　　　年 　 月 　 日 ～現在に至る

（常勤・週３日以上・週１日以上～週３日未満・週１日未満）＊どちらかに○

（西暦）　　　　年 　 月 　 日 ～現在に至る

（常勤・週３日以上・週１日以上～週３日未満・週１日未満）＊どちらかに○

継続して在籍していることを証明いたします。

（西暦） 　　 年 月 日

1） 施設名

2） 施設責任者　　 　　　 　 印

＊

1）大学病院および病院にあっては病院名、診療所にあっては診療所名を記載してください。

2）大学病院および病院にあっては病院長または副病院長（歯科代表者）、診療所にあっては管理者の

氏名を記載してください。

3）在籍する指導医の認定証（写）を同封してください。