

臨床研修歯科医証明書

B.O.P.T.Japan 代表

鈴木 久史 殿

下記の者は、当施設の臨床研修歯科医であることを証明します。

氏名： _____

出身大学： _____

歯科医籍登録番号 第 _____ 号

令和 年 月 日

歯科医師臨床研修施設及び所在地

施設名 _____

所在地 〒 _____

管理者 _____ 印