17号様式

|  |  |
| --- | --- |
| ＊受付番号 | 第　　　　　　　　　号 |
| ＊受付年月日 | 　　年　　月　　日 |

＊の欄は記入しないで下さい。

一般社団法人日本接着歯学会

指導医資格認定候補者推薦書

西暦　　　　　年　　　月　　　日

日本接着歯学会

専門医認定委員会　御中

推薦者氏名＊＊　 　　　　　　　　　　　　印

被推薦者

（接着歯科治療専門医 登録番号　　　　　　　　　　　）

所　属

上記の本会会員は、学識および臨床経験、教育研修等において、日本接着歯学会指導医資格認定候補者としての諸条件を備えていると認め、ここに推薦致します。

＊＊推薦者氏名は、自署又は記名押印にてご対応下さい｡