９号様式

一般社団法人日本接着歯学会

専門医歴証明書

　　　 　　　　　　　　　　殿

貴殿は下記期間，日本接着歯学会専門医であることを証明いたします．

専門医歴 年　　　　月　　　　日　から

　　　 年　　　　月　　　　日　まで

 通算　　 　年　　　カ月間

専門医登録番号

西暦　　　　　年　　　月　　　日

一般社団法人 日本接着歯学会理事長 　　印

 ※ 申請者は氏名と専門医登録番号をご記入ください．