第２４回日本歯科医学会学術大会

研修医　証明書

第２４回日本歯科医学会学術大会 会頭　殿

下記の参加登録者は当医療機関の「研修医」であることを証明します。

参加登録者氏名：

参加登録者勤務先：

勤務先所在地：　〒

令和　　　年　　月　　日

施設名：

研修指導責任者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印