

JASD 認定マウスガード MG テクニカルインストラクター推薦書

MG テクニカルインストラクター選考委員会 御中

下記の被推薦者は、スポーツ歯科医学に関する研鑽研修に日々努め、MG に関する学識、技量ならびに臨床経験ともに十分に備えております。加えて、MG 製作に係る指導経験も有することから、MG テクニカルインストラクター有資格者として、ここに推薦致します。

記

氏 名： ○○ ○○

勤務先： ○○歯科医院

(〒123-4567 ○○県○○市○○町 8-9-10)

職 名： 院長

備 考： 1. ○○学会認定医 (第○○号) 取得済み  
2. ○○大学・歯学部・非常勤講師 兼任

以上

○○○○ (平成○○) 年○○月○○日

日本スポーツ歯科医学会 認定医・代議員・理事  
○○ ○○ 印

○○大学○○部○○○○学教室  
〒123-4567 ○○県○○市○○町 8-9-10  
TEL ○○-○○○○-○○○○  
FAX ○○-○○○○-○○○○  
E-mail ○○○○○○○○○○○○