

## 歯科診療従事経験証明書（新規・更新）

西暦 年 月 日

日本スポーツ歯科医学会理事長 殿

歯科診療機関名

所属長等経歴証明者

職名 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記の者が下記の期間当該医療機関において歯科診療業務に従事していたことを証明します。

ふりがな		(旧姓)
氏名		

診療機関・所属	従事期間			
	自	年	月	日
	至	年	月	日
(備考)				

- \* 複数の医療機関で歯科診療に従事された場合には、機関別に証明書を提出して下さい。
- \* 休職、所属変更等により従事期間に中断等があった場合には、備考欄に記入して下さい。