様式7-2

実技・シミュレータによる試験合格証明書

現住所

氏　名

生年月日　　　　年　　月　　　日　生

上記のものは、以下の履修内容に示された診療技術について、実技試験またはシミュレータによる試験に合格したことを証明する

* + 1. 全身麻酔
		2. 静脈麻酔および精神鎮静法
		3. 全身管理
		4. 救急蘇生

　　　　年　　　　月　　　　日

所属機関名

歯科麻酔指導医名 　　 印