様式6

一般社団法人　日本歯科麻酔学会

研修機関・準研修機関 指導体制証明書

年間の全身麻酔・全身管理症例の実施時に在籍した常勤・非常勤の歯科麻酔科医

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 日本歯科麻酔学会 資格（○で囲む） | 勤務日数 | 勤務期間 |
|  | 認定医・専門医・指導医 | 日/週 | 年　月　日～ 　　年　月　日 |
|  | 認定医・専門医・指導医 | 日/週 | 年　月　日～ 　　年　月　日 |
|  | 認定医・専門医・指導医 | 日/週 | 年　月　日～ 　　年　月　日 |
|  | 認定医・専門医・指導医 | 日/週 | 年　月　日～ 　　年　月　日 |
|  | 認定医・専門医・指導医 | 日/週 | 年　月　日～ 　　年　月　日 |
|  | 認定医・専門医・指導医 | 日/週 | 年　月　日～ 　　年　月　日 |

※資格者欄が不足する場合は、当該のセルをコピーして増やして下さい。

上記 記載内容に相違ありません。

年　　　月　　　日

施　　設　　名：

代 表 者 氏 名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（問い合わせ先）※いずれかの資格を丸で囲んで下さい

日本歯科麻酔学会

【認定医　・　歯科麻酔専門医　・　歯科麻酔指導医】氏 名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

【認定医　・　歯科麻酔専門医　・　歯科麻酔指導医】氏 名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

【認定医　・　歯科麻酔専門医　・　歯科麻酔指導医】氏 名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印