**指導医在籍証明書**

　　　　　　　殿が 　　　　　　　に在籍していることを証明いたします。

西暦　　年　　月　　日

医療機関代表者

（医療機関代表者と日本歯科専門医機構認定歯周病専門医である指導医が同一の場合は、指導医在籍証明書の代わりに指導医証明書のコピーを添付してください）