様式5

認定歯科衛生士推薦書

西暦　　　　　　年　 　月　 　日

所属長名　 　　　　　　　　　㊞

日本歯周病学会専門医資格　有・無

(○をつけてください)

殿は人格、学識および臨床経験等認定歯科衛生士としての

諸条件を備えているので、ここに推薦致します。

臨床経験の概要