様式４

　　　　　特定非営利活動法人

日本歯周病学会正会員証明書

殿は

　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日からひきつづいて

本学会正会員であることを証明します。

　　　年　　　月　　　日

特定非営利活動法人日本歯周病学会　㊞

＊本様式には氏名のみを記入し提出してください。