代表指導医勤務証明書

代表指導医氏名

西暦　　　　　　　　　年　　　月　　　日生

上記のものは、当医療機関に週１日以上勤務していることを証明する

20　　年　　月　　日

医療機関名

院長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

本証明書は、一般社団法人　日本口腔顔面痛学会準研修施設の認定のためにご提出いただきます。それ以外の目的では効力を持ちません。証明者は、医療機関の管理者（院長）です。

代表指導医は、日本口腔顔面痛学会指導医である必要があります。

管理者（院長）は指導医である必要はありません。