

歯科診療従事経験証明書（新規・更新）

申請者氏名

印

1. 診療施設名:

施設長名:

2. 標榜科名:

3. 勤務状況 : (1)常勤 (2)非常勤 (日/週) 該当番号に○をつける。

診療実績 : 月あたりの診療実績日数 (日)

4. 診療従事期間

自

西暦 年 月 日

至

西暦 年 月 日

備考

上記の通りの診療実績があることを証明いたします。

施設長名

印

※施設長とは、歯科大学(学部)附属病院の歯科、総合医療施設、又はそれに準ずる病院の歯科の診療科

長、診療科主任並びに診療所の医院長を意味する。

(注1) 施設長が申請する時には施設長の印は不要となる。

(注2) 施設に従事する者が申請する時には、原則として施設長の印を必要とする。

(注3) 休職、所属変更等により従事期間に中断等があった場合には、備考欄に記入してください。