様式（１）

実地修練修了(見込み)証明書

氏　名

年　　月　　日　生

　上記の者は当院において、診療及び口腔衛生に関する実地修練を修了したことを証明する。(修了する見込みであることを証明する。)

　　　　　　　　　　　　　　　　　 記

　　　　　 　　　　　　自　令和　　年　　月　　日

　　　　　 　　　　　　至　令和　　年　　月　　日

　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　施設長　　氏　　　名