**症例についての証明書**

症例〇について、下記のインプラント専門歯科技工士が作成し

た補綴装置を使用した症例であることを証明いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　専門医　氏名（自署）　　　　　　　　　印

　　　　専門歯科技工士　氏名（自署）　　　　　　　　　印