在職機関所属長の在籍証明書

　公益社団法人日本口腔インプラント学会理事長　殿

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　在職機関名

　　　　　　　　　　　　　　所在地

所属長名（自署）　　　　　　　　 印

　　　　　　　　　殿は、本医療機関に在籍していたことを証明いたします。

在籍期間

年　　　月　　～　　　　　年　　　月