

8号様式

## 日本レーザー歯学会 認定医歴証明書

申請者氏名

貴殿は、  
年度から現在まで、通算 年間  
日本レーザー歯学会認定医であることを証明いたします。

年 月 日

日本レーザー歯学会 印