16 号様式

日本レーザー歯学会　専門医歴証明書

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専門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