

在学証明書

日本レーザー歯学会理事長殿

下記の通り、在学を証明する。

ふりがな
氏名

年齢 歳

所属機関・講座名

学生の種類 (○をつける) : 大学院生・学部学生・その他 ()

在学期間 西暦 年 月～ 年 月 (修了見込)

(単年の場合には単年の期間を記載)

住所 〒

電話

ファックス

e-mail

年 月 日

所属長 (あるいは講座教授) 役職名

氏名

印

メール添付 (gakkai18@kokuhoken.or.jp) あるいは郵送 (〒170-0003 東京都豊島区駒込 1-43-9 駒込TSビル4階) にて日本レーザー歯学会事務局までご返送ください。