**（様式５）**

２０２３年　　月　　日

一般社団法人長崎市歯科医師会　会 長　様

住　　所：

氏　　名：　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日：　　　　年　　月　　日

連 絡 先：

**研修修了証明依頼**

　　　このことについて、次の研修を修了したことを証明していただきますよう

お願いします。

１　研　　修　　名 ：

２　研修修了年月日 ：

３　証明依頼理由 :

**（様式６）**

**修了証明書**

氏名：

生年月日：　　　　 年　　月　　日

研修の名称：

研修時間： １９時３０分 ～ ２１時００分（ １.５時間 ）

修了年月日： ２０２３年　　月　　日

　　上記の者は、本研修を修了したことを証明します。

２０２３年　　月　　日

　　 ㊞