

歯科矯正症例証明書

医療機関名
氏 名

1. 口蓋裂の歯科矯正症例数等

(1) 歯科矯正臨床従事期間

自 年 月
至 年 月 (計 年 か月)

(2) 歯科矯正症例数 件

2. 口蓋裂の歯科矯正症例 (直近5例以上)

	口蓋裂の歯科矯正臨床内容					
	実施した医療機関	実施の年	初診時 年齢	診 断 名	治療方針	治療経過
症例①		年				
症例②		年				
症例③		年				
症例④		年				
症例⑤		年				

※ 記入上の注意

1. 症例については主として治療した臨床実績を記入してください。
2. 実施した医療機関が複数に及ぶ場合は、それぞれの機関の長等により証明を受けてください。

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名