

様式 4-2

# 歯周インプラント認定医推薦書

平成 年 月 日

日本臨床歯周病学会歯周インプラント認定医委員会 御中

歯周インプラント指導医氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

\_\_\_\_\_ 殿は人格、学識および臨床経験（教育研修）等、歯周インプラント認定医としての諸条件を備えているので、ここに推薦致します。