

様式 4-3

特定非営利活動法人日本臨床歯周病学会  
歯周インプラント指導医推薦書

平成 年 月 日

日本臨床歯周病学会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 \_\_\_\_\_ (印)

\_\_\_\_\_ 殿は人格、学識および臨床経験、教育研修等において

歯周インプラント指導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。