様式２

在籍証明書

　　　　　　　　　　　　　殿は、　　　　年　　　月　　　日から

継続して（当診療所・千葉県歯科衛生士会）に在籍していることを証明します。

令和　　　　年　　　月　　　日

所属機関・診療所名

　　　　所属長氏名

【事務局審査】