

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】