

(様式 23)

## 指導歯科衛生士指導実績証明書

年 月 日

指導歯科衛生士名 \_\_\_\_\_ 指導歯科衛生士番号 第 \_\_\_\_\_ 号

所 属 \_\_\_\_\_

No.	指導を行った歯科医療機関名	指導期間	指導を受けた歯科衛生士名 または歯科衛生士実習生所属 機関名
例 1	〇〇〇〇 歯科医療センター	2014 年 2 月～2015 年 11 月	田 ● △子 *( <input checked="" type="radio"/> 認定 : No.111111 / 未)
例 2	〇〇〇〇 歯科医療センター	2014 年 12 月～2015 年 11 月	●山 △美 *( <input checked="" type="radio"/> 認定 : No.222222 / 未)
例 3	〇〇〇〇 歯科医療センター	2015 年10月～現在に至る	☆川 ○江 *( 認定 : No. / <input checked="" type="radio"/> 未)
例 4	〇〇〇〇 歯科医療センター	2016 年 1 月～2016 年 3 月	□井 ☆奈 *( 認定 : No. / <input checked="" type="radio"/> 未)
5			*( 認定 : No. / 未)
6			*( 認定 : No. / 未)
7			*( 認定 : No. / 未)
8			*( 認定 : No. / 未)
9			*( 認定 : No. / 未)
10			*( 認定 : No. / 未)

注) 本様式に記入する指導に関しては、継続的に行った指導実績を対象とし、指導内容の詳細を様式 24 に記入してください。指導対象者には、認定歯科衛生士を目指す歯科衛生士のほか、歯科衛生士教育課程にある学生も含まれます(単数～複数人可)。その場合は、個人名ではなく実習生の所属機関名を記入してください。

\*すでに認定歯科衛生士(障害者歯科)に登録している方には「認定」に○をし、登録番号をご記入下さい。これから認定歯科衛生士(障害者歯科)の取得を目指す方は「未」に○を付けて下さい。

欄が不足する場合には用紙をコピーしてご記入ください。