

様式 16

口蓋裂の歯科矯正に関する臨床実績証明書

臨床実績

期 年月日 ~ 間 年月日	症例数	医療機関名等

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。