

Formule 2

CERTIFICAT DU DENTUROLOGISTE DE MAÎTRISE

Je soussigné, \_\_\_\_\_, L.D., de \_\_\_\_\_,  
dans la province du Manitoba, atteste que l'auteur de la demande, \_\_\_\_\_,  
travaille pour moi à titre de stagiaire depuis le \_\_\_\_\_ et a satisfait aux  
exigences de stage établies dans le *Règlement sur les denturologistes*.

Signature : \_\_\_\_\_

Nom de la clinique : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_