機能訓練指導員実務経験証明書

年　　　　月　　　　日

(証明者)　　所在地

法　人　名

施設又は事業所名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

記入担当者氏名

連絡先電話番号　　　　－　　　　　　　－

下記の者の業務に従事した期間は、以下の通りであることを証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | 昭和  平成　　　　　年　　　　月　　　日生 |
| 施設又は事業所名 |  | | |
| 施設又は事業所の  所在地 | 郵便番号［〒　　－　　　　　　　　　］ | | |
| 業務期間 | 年　　　　　月　　　　　日　　～　　　　年　　　　　月　　　　　　日 | | |
| 施設･事業所種別 |  | | |
| 具体的な  業務内容等 | 鍼灸師以外の資格を有する機能訓練指導員の配置した事業所で機能訓練指導に従事した。 | | |

(公社)日本鍼灸師会