参考様式－はり灸師実務経験

実務経験証明書（はり灸師）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 事 業 所 又 は 施 設 名 |  |
| 施 設（事業所）の種類 |  |
| 職種 |  |
| 就業期間 | 　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（　　　　年　　　月間） |
| うち理学療法士、言語聴覚士、作業療法士、看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で機能訓練指導に従事した期間 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（　　　　年　　　月間） |

上記の者は、以上のとおり介護等の実務経験を有することを証明します。

　　　　年　　　月　　　日

法人名（法人でない場合は施設又は事業所名）

住　所

代表者氏名