（参考資料）

**機能訓練指導員実務経験証明書**

　令和　　年　　月　　日

尼　崎　市　長　あて　　　　（法人）所在地

　　　　　　　　　　　　　　（法人）名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職名・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　下記の者が、　　　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日までの期間、下記の者は当該事業所の機能訓練指導員（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師）のもと、機能訓練等の職務に従事したことを証明します。

氏名：

生年月日：

資格：

　　事業所所在地：

　　事業所番号：

　　サービス種類：

　　事業所名称：

　　管理者氏名：