

勤務先所属長証明書

社団法人 全国病院理学療法協会
運動療法機能訓練技能講習会近畿実行委員会
実行委員長 町井修治 様

受講者氏名 _____

上記のものは、当病院・診療所・および介護施設において、従事している
ことを証明します。

平成 年 月 日

施設名 _____

役職名 _____

所属長名 _____ 印