　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦）　　　　　年　　 月　 　日

学会使用欄

**音楽療法的臨床経験証明書**

　下記の通り　　　　　　　　　　　　　が、音楽療法的臨床を行ったことを証明します。

＊音楽療法的臨床経験とは、音楽療法のクライエントを対象とする、療法的な目的に即した実践　経験を指す。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者職名 |  | | | |
| 実践期間※ | 年　　　月　　　日　　　　～　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 実践日数※ | 週・月（どちらかに○） | 通算 | うち見学（含む場合） |
| 日 | 日 | 日 |
| 実践内容と  申請者の役割※ |  | | | |

証明者

　　　　住　所

　　　　施設名 ＊個人宅の場合は不要

　　　　証明者（職・氏名） ＊個人の場合は氏名のみ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

・施設等の所定の様式を使用することは可能だが、※の項目は必須。所定の様式で※項目の記載ができない場合は、　　　この用紙に申請者本人が記入し、補足書類として提出する。