　　　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦） 　　　　年　　　月　　　日

**臨床経験1（音楽を使用しない臨床経験）証明書**

　下記の通り　　　　　　　　　　　　　が、対象者に直接関わる臨床経験を行ったことを証明します。

＊臨床経験（音楽を使用しない臨床経験）とは、医療・教育・福祉・心理の現場において、対象者と直接かかわる経験を指す（例：教師、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、医師、看護師、介護士、支援員、ガイドヘルパーなど）。

記

申請者の職名：　　　　　　　　　　　　　　　　（例：看護師）

※ 期　間：（西暦）　　　　　年　　　　月　　～　　　　　　年　　　月

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※ | 頻　度： | 日 |  | 週 | （どちらかに丸） | 通算 | 日 |
| 月 |

以上

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

・本証明書を必要に応じてコピーして使用すること。

・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。