日本音楽療法学会御中　　　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦）　　　　　年　　 月　 　日

**臨床経験証明書**

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

記

セッション場所：

対　　象　　者：

期　間：（西暦）　　　　　　年　　　月　　～　　　　　　年　　　月

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

＊通算とは上記期間内に行った日数

以上

証明者

　　　　住　所

　　　　施設名（個人宅の場合不要）

　　　　証明者（氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

・本証明書を必要に応じてコピーして使用すること。

・施設等の規定の書式使用可。