

# 勤務先所属長証明書

公益社団法人 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。

2023年 月 日

施設名 \_\_\_\_\_

役職名 \_\_\_\_\_

所属長名 \_\_\_\_\_ 印