修　了　証　書

会員番号 ●●●●

●●　●●　殿

理学療法士講習会において下記の課程を修了したことを証します

講習科目 ●●の理学療法

講習期間 2024年●月●日（土）～●月●日（日）

2024年●月●日

●●●●理学療法士会

会　長　　●●　●●