

**INTYG om praktiktjänstgöring
hos legitimerad naprapat
för ansökan om legitimation**

Skicka med detta intyg med din ansökan
om legitimation som naprapat.

Skicka intyget till
Socialstyrelsen
Behörighet
106 30 STOCKHOLM

Härmed intygar handledaren att naprapaten

Efternamn, samtliga förnamn (stryk under det förnamn du använder)	Personnummer
---	--------------

har fullgjort sin praktik i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer (fastställda 2004-07-01)

Ange tiden för praktikperioden

Fr.o.m. (år-mån-dag)	T.o.m. (år-mån-dag)	Heltid	Deltid	Timmar/vecka (vid deltid)
----------------------	---------------------	--------	--------	---------------------------

Din sammanlagda praktiktid ska motsvara minst nio månaders heltidstjänstgöring (40 timmar/vecka).

Ange var naprapaten har gjort sin praktiktjänstgöring

--

Beskriv verksamheten

--

Handledarens underskrift

Ort och datum	
Namnteckning	
Namnförtydligande	
Personnummer	Legitimationsdatum
Postadress	
Postnummer	Postort
Telefonnummer	

Naprapatens underskrift

Ort och datum
Namnteckning
Namnförtydligande