

**INTYG om praktiktjänstgöring för  
naprapat i offentlig hälso- och sjukvård  
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 praktikperioderna i tidsordning**

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

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

**Ange var naprapaten har gjort sin praktiktjänstgöring**

--

**Beskriv innehållet i praktiktjänstgöringen**

--

**Handledarens underskrift**

Ort och datum	
Namnteckning	
Namnförtydligande	
Personnummer	Yrkestitel
Postadress	
Postnummer	Postort
Telefonnummer	

**Naprapatens underskrift**

Ort och datum
Namnteckning
Namnförtydligande