

*以下にご記入の上、どうぞお気軽にお問い合わせください。

NPO法人日本園芸療法研修会

園芸療法プログラム依頼書

申込日： 年 月 日

施設名		
所在地		
担当者名 (役職名、職種名)		
連絡先	Tel/Fax	
	e-mail	
活動の目的		
活動開始時期	年 月から	
活動頻度 (○をつけてください)	<input type="checkbox"/>	月に1回
	<input type="checkbox"/>	月に2回、隔週で
	<input type="checkbox"/>	毎週1回
	<input type="checkbox"/>	その他
参加予定人数	名	
参加予定職員数	名	
<ご要望、対象者のご様子等、具体的にお書きください。>		

*詳細につきましてはご相談に応じます。