

# 実践経験証明書

申請日： 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

上記の者は当機関において、園芸療法に関する実践を下記の通り行ったことを証明いたします。

活動名									
実践期間	年	月	より	年	月	まで・継続中	計	年	ヶ月
実質活動時間	週	・	月	回	時	分	～	時	分
備考									

機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

代表者 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_