

# 専門認定資格申請書

## JHTS 園芸療法サブコーディネーター

申請日： 年 月 日

専門認定資格・JHTS 園芸療法サブコーディネーターを申請致します。(免許証サイズの顔写真を添付して下さい。)

氏名（フリガナ）		
生年月日		性別
年 月 日生		男 ・ 女
住 所		
〒		
電話番号	携帯電話	E-MAIL
JHTS 取得資格		JHTS 会員継続年数
園芸療法スタディ 1 級	取得年 年	入会年 年 ・ 継続 年
園芸療法プラクティス 500	取得年 年	
活動内容		
施設名		対象者
活動名		人数 人
活動目的		
活動開始年月日 年 月	活動状況 月・週 回	時 分～ 時 分
活動終了年月日 年 月	分	累計活動時間 時間
*活動が終了している場合は記入してください		*準備・片付けを含み、1 回最大 8 時間として計算
実績内容(研究会発表・園芸療法普及実績・開催講座など簡潔にご記入下さい)*資料添付可		

**\*個人情報について**

提供いただいた個人情報は、認定資格利用目的範囲内で利用致します。個人情報は、明示した利用目的以外で利用・提供することはありません。

**\*個人情報の管理について**

収集しました個人情報については、厳重に管理し、漏えい不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を講じます。利用目的に関し保存のなくなった個人情報については、確実に、かつ、速やかに消去します。