

専門認定資格申請書

JHTS 園芸療法スーパーバイザー

申請日： 年 月 日

専門認定資格・JHTS 園芸療法スーパーバイザー申請致します。(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 2500	取得年	年	園芸療法実践継続年数	JHTS 研究会発表回数						
JHTS 園芸療法コーディネーター	取得年	年	年	回						
JHTS 園芸療法アドバイザー	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			分	*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。

※年の表記については西暦で記入をお願いいたします。