

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	間
実質活動時間	週	・ 月	回	時	分～	時 分まで
備考						

機関名 _____

所在地 _____

代表者 _____ 印

NPO 法人日本園芸療法研究会