

日本園芸療法学会認定「園芸療法士」座学時間修了証明書

氏名 _____

性別 男 ・ 女 生年月日 年 月 日

上記の者は当機関において、園芸療法士・上級園芸療法士に必要な座学をすべて修了したことを証明いたします。

教育機関名 _____

受講開始年 年 月 日

受講修了年 _____ 年 月 日

年 月 日

証明者

日本園芸療法学会認定 上級園芸療法士

登録番号 _____

氏 名 _____ 印

機関名

所在地