

様式 1-1

「専門認定登録園芸療法士教育機関」認定申請書

平成 年 月 日

日本園芸療法学会

理事長 浅野 房世 殿

申請者 所在地

名 称

印

専門認定登録園芸療法士の教育を行う者として学会の認定を受けたいので、下記のとおり申請します。

ふりがな			
1. 名 称			
2. 所在地			
3. 設置者	法人名		
	住 所		
	代表者名		
4. コースの名称			
5. 開始年月日			
6. 種類等	年課程	1 学年の定員 名	昼間・夜間
7. 連絡担当者	氏名	役職名	
8. 連絡先	電 話		
	F A X		
	E-mail		

添付書類

1. 学則等（別紙）
2. 教育カリキュラム（様式 1-2）：カリキュラム詳細（別紙）を必ず添付する
3. 教員担当科目一覧表（様式 1-3）
4. 専任教員に関する調書（様式 1-4）
5. 実習指導者に関する調書（様式 1-5）

教育カリキュラム

1. 教育機関名			
2. コースの目的 (学習目標)			
3. カリキュラム 概要	分 野	単 位 ・ 時 間 数	授 業 方 法
	園芸療法		
	園芸学		
	医療・福祉		
	マネージメント		
	計		
3. 実 習 (1,000 時間)	主な実習先		
	主な指導者名		
	実習内容		

※カリキュラムの詳細を必ず添付して下さい。

教員担当科目一覧表

1. 教育機関名					
種 別	氏 名	担当科目	資格	職名	備 考
2. 専任教員					
3. その他の教員					

専任教員に関する調書

1. 教育機関名			
2. 氏 名			3. 性別 男 ・ 女
4. 生年月日	年齢 ( 歳)		
5. 学歴 (高校以降)	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
6. 担当予定科目			
7. 職 歴	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
8. 資格・免許・学位	名 称	取 得 機 関	取得年月日・番号
9. 担当予定科目に 関する研究発表等	名 称		年 月

※ 各専任教員ごとに作成する。

実習指導者に関する調書

1. 教育機関名			
2. 実習施設名			
3. 氏 名			4. 性別 男 ・ 女
5. 生年月日	年齢 ( 歳)		
6. 学歴 (高校以降)	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
7. 従事している仕事			
8. 職 歴	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
9. 資格・免許	名 称	取 得 機 関	取得年月日・番号

※ 各実習指導者ごとに作成する。