

認定教育機関単位修得者用

日本園芸療法学会認定「登録園芸療法士」受験資格証明書

受験者氏名 \_\_\_\_\_

性別 男 ・ 女 生年月日 年 月 日

上記の者は当機関において、専門認定園芸療法士・認定登録園芸療法士（いずれかに○）に必要な座学および実習をすべて修了したことを証明いたします。

教育機関名 \_\_\_\_\_

入学（受講開始）年 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
卒業（受講修了）年 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

年 月 日

証明者

日本園芸療法学会専門認定登録園芸療法士

登録番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

機関名

所在地