

日本園芸療法学会認定「登録園芸療法士」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、専門認定園芸療法士・認定登録園芸療法士 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

日本園芸療法学会専門認定登録園芸療法士

登録番号 _____

氏 名 _____ 印

機関名

所在地