

特定非営利活動法人
日本フェミニストカウンセリング学会 御中

_____ は 年 月 から 年 月 まで
(機関名)

_____ が 以下のことを行った時間数を 以下の通り 証明いたします。
(名 前) (実際に実施された時間数をご記入ください)

当機関での面接時間数	時間
当機関での電話相談時間数	時間
当機関でのグループファシリテーター および グループリーダーの経験時間数	時間

証明した日 年 月 日

機関名

責任者 役職

氏名

印

連絡先 〒

TEL

Mail

※ この書類は当該機関で、申請者の上記活動を証明できる方が記入してください

※ 複数機関で上記活動をしている場合は、必要枚数をコピーして記入してください