

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