自　認　書

私、　　　　　　　　　は、　　　　　　　　　　へ行った音楽療法の臨床経験を自認いたします。

証明書を得られなかった理由

対象者：

場　所：

期　間：

回　数：

有償の内容：

年　月　日

住所

〒

氏名

　　　　　　　　　　　　　印