臨 床 証 明 書

以下の者が音楽療法の臨床を行ったことを証明いたします。

氏　名：

対象者：

場　所：

期　間：

回　数：

有償の内容：

年　月　日

証明者住所

〒

証明者氏名

　　　　　　　　　　　　　印