再 猶 予 申 請 用 臨 床 証 明 書

コロナ禍により音楽療法の臨床を見合わせ（中止）していることを証明します。

氏　名：

対象者：

場　所：

見合わせ(もしくは中止)

している期間：

見合わせ(もしくは中止)

している回数：

年　　月　　日

証明者住所

〒

証明者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　印