

(第2号様式)

音楽療法活動証明書

令和 年 月 日

(あて先)

久留米市長

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名

㊞

次の記載事項について、事実と相違ないことを証明します。

フリ 氏 名	音楽療法活動内容
	継続活動年数： 年 ヶ月 活動頻度： 月 回 活動場所： 自治体 ・ 病院 ・ 福祉施設 ・ その他（ ） 〔 活動内容 〕
	継続活動年数： 年 ヶ月 活動頻度： 月 回 活動場所： 自治体 ・ 病院 ・ 福祉施設 ・ その他（ ） 〔 活動内容 〕