

「臨床美術活動施設」申請書

特定非営利活動法人 日本臨床美術協会
理事長 木戸 修 殿

施設名 _____

本施設は、特定非営利活動法人 日本臨床美術協会（以下「協会」という）の臨床美術活動施設として申請し、以下について承諾いたします。

1. 協会は貴施設において臨床美術士が継続的に臨床美術プログラムを実施している、臨床美術活動施設として承認し、次の支援を実施いたします。
 - ① 「臨床美術活動施設」認定証の発行
 - ② 臨床美術ガイドブック年間 5 部の提供
 - ③ 会報誌 発行毎 5 部の提供
2. 本施設は、協会の会報誌やホームページ等の宣伝媒体等において、臨床美術の活動施設としての紹介（施設名、市区町村までの住所、URL）を掲載することを了承いたします。
3. 本施設は、別途定める活動施設としての基準を満たせなくなった場合や辞退をする場合は速やかに申し出ます。この場合、協会の判断により、第 1 項及び第 2 項に定める支援等を取り止めることについて予め承諾いたします。
4. 本覚書の有効期限は 1 年間とし、その期間の 1 ヶ月前までに本施設解約の意思表示がないときは、さらに 1 年間延長するものとし、以後も同様とします。

申込日	年 月 日
施設名	
代表者名	
実施責任者名	印
住 所	〒 ※市町村までのご住所を掲載させていただきます。
ホームページ	URL : (パンフレットや写真を同封して頂きますと幸いです)



特定非営利活動法人
日本臨床美術協会

■提出およびお問合せは下記までお願いいたします。

特定非営利活動法人 日本臨床美術協会 事務局
MAIL association@arttherapy.gr.jp TEL 050-6865-3701 FAX 050-3737-9007
〒251-0047 神奈川県藤沢市辻堂 1-9-3ShonanEminence3 階