

## MĚSÍČNÍ SOUHRN PROVEDENÝCH CANISTERAPIÍ

měsíc.....rok.....

datum	budova a oddělení	čas v min.	pracovník DSZM	canisterapeut
čas v hod. celkem				

za DSZM

za organizaci ...

odsouhlaseno dne: .....

odsouhlaseno dne:.....

.....  
koordinátor canisterapie

.....  
za organizaci ...