

セッション名	月	日	時間	日数	備考
カウンセリング①	7	29	9:00 ~ 10:30	1	
時間①		30	14:00 ~ 18:00	2	
時間②		31	14:00 ~ 17:00	3	
時間③		1	14:00 ~ 17:00	4	
カウンセリング②			~		

