

第4回「臨床宗教師養成講座」参加申込書

申込日： _____ 年 ____ 月 ____ 日

ふりがな 氏名		男・女	写真を貼って ください。 (縦4cm×横3cm)
生年月日	年 月 日 (歳)		
住所	〒		
電話番号		Email アドレス	
FAX		緊急連絡先	
携帯電話		携帯アドレス	
所属宗派			
寺院名	(肩書き： _____)		
寺院 連絡先	〒		
	電話番号		
宗派以外の 所属 *ある場合	(肩書き： _____)		
寺院以外の 連絡先 *ある場合	〒		
	電話番号		
備考			
希望する 実習先	第1希望	第2希望	第3希望

