

曹洞宗社会福祉連盟施設見学研修会 参加申込書

お申込み先：曹洞宗社会福祉連盟事務局（曹洞宗教化部布教課）【FAX 03-3454-5449】

申込締切日：10月5日（水）

フリガナ				性別	男 ・ 女	
お名前				生年月日	西暦 年 月 日	
フリガナ						
現住所	〒					
	電話番号			FAX		
	携帯電話					
	メールアドレス					
所属先	施設名					
	部課署			役職		
	所在地	〒				
	電話番号			FAX		
日中の連絡先	<input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話					
ご請求書・ご案内書類送付先	<input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> その他()					
宿泊	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙					
食品等アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()					
その他						

お問い合わせ電話番号 03-3454-5560（曹洞宗宗務庁教化部布教課）

・ご記入いただきました個人情報、研修会以外では利用いたしません。