種智院大学同窓会特別事業

臨床スピリチュアルケア学と臨床宗教講座申込並履歴書

受講希望講座:　　①第1回・第2回両方　②第1回のみ　③第2回のみ

いずれかに〇をお付けください

平成　　年　　月　　日

氏名（ふりがな）	（　　） 僧名（お持ちの場合） （　　）	㊞	性別	男 ・ 女
連絡先	〒　　－ 住所 TEL　（　　）　携帯　（　　） fax　（　　） 電子メール　　@			

以下、今後のご案内にも反映させますので、よろしければご記入ください。

ご職業（会社名）	※宗門のかたは宗派・寺院名をご記入ください	生年月日	昭 平　　年　　月　　日
学歴	昭 平　　年　　月 科　　卒業・修了・在籍中		

備考（案内の送付先がご住所と異なる場合など）