



別紙 1 (科目 I ~ VIII 用)

(※コピーの上利用します)

臨床パストラルケア研修会受講申込書 (参加 回目)

私は _____ (場所、例、聖母病院) で

_____ 年 月 日から _____ 年 月 日までの

臨床パストラルケア教育研修会科目 _____ の受講申し込みをします。

申込年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____

ふりがな

住 所 _____

TEL : () 、 FAX : ()

E メールアドレス : _____

ふりがな
氏 名 _____ 印

生年月日 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (男 ・ 女)

※ 研修会 40 日前までに必ずお申し込み下さい。