

送信先 NPO法人長崎巡礼センター 担当 入口

(FAX 095-893-8293)

参 加 申 込 書

令和2年 月 日

令和2年度 長崎巡礼ガイド養成講座への参加を申し込みます。

氏 名	(フリガナ)			
	生年月日(西暦 年 月 日) 年 齢 歳 (※保険加入に必要なため必ずご記入下さい。)			
住 所	〒 県			
連 絡 先	固定電話			
	携帯電話			
	FAX番号			
	所 属	※ガイドの会に所属されている方のみ記入して下さい。		
申込講座	座 学			
	第1回	第2回	第3回	第4回
	10月12日(月)	10月26日(月)	11月9日(月)	11月30日(月)
	現 地 研 修(後日、再募集いたします)			
	第5回	第6回	第7回	第8回
	(※希望する講座日を○で囲んで下さい。)			

備 考： お知らせいただいた個人情報は、標記の件以外は使用いたしません。