

令和4年度東北大学履修証明プログラム

「臨床宗教教養講座」受講願書

提出日: 令和 年 月 日

フリガナ				男・女	写 真 (縦4cm×横3cm) カラー写真 正面・脱帽 3か月以内に 撮影したもの
氏 名 <自署>	Family	First	Middle		
生年月日	(西暦) 年 月 日				
年齢	満 才	本籍地	都道府県		
最終学歴	(西暦) 年 月 卒業・修了				
現住所	〒 _____ 都道府県 _____ 電話 () _____				
E-mail (必須)	_____ @ _____				
所属先・職名					
所属先住所	〒 _____ 都道府県 _____ 電話 () _____				
氏名のローマ字表記 (_____) ※受講登録時に必要になります。					
この講座の修了後について、現時点での希望をお伺いします	1. 次年度以降に臨床宗教実践講座の受講を希望(する/しない/わからない) 2. 認定臨床宗教師の資格を希望(する/しない/わからない) 3. 臨床スピリチュアルケア師の資格を希望(する/しない/わからない)				
宗教関係者の場合 所属教団・寺社教会名と 役職をお書きください					

※手書きで記入すること。

この願書とは別に、ホームページの指示に従ってメールフォームからエントリーを行って下さい。
送信後数日以内に、受付確認の返信メールがない場合はお問い合わせください。