

# カイロス(宣教総合)集中コース 受講申し込み書

年 月 日

受講希望者	ふりがな			電話番号	
	氏名	男・女			
	生年月日	西暦	年 月 日生	満( )歳	FAX番号
	現住所	(〒 )			携帯電話番号
メールアドレス					

所属教会	教会名	教団	教会	教会電話番号
	教会住所	(〒 )		教会FAX番号
				教会メールアドレス
	ふりがな			
牧師名				

受講には所属教会牧師の承諾が必要です。下欄にサインをいただいでください。

上記の者のカイロスコース受講を承諾します。

(サイン) \_\_\_\_\_