

病気・ケガ祈願受付表

平成 年 月 日

1、祈願を受ける人(御病気・けがをされている方)

ふりがな (千 -))※郵便番号も必ずご記入ください。		
住所	電話()		
ふりがな			
名前	大正・昭和・平成	年	月 日生
病気名、または病気(ケガ)の場所	病院名		

2、申込者

ふりがな	ふりがな		
1住所 (千 -)	名前	電話 () 大・昭・平	年 月 日生
ふりがな	ふりがな		
1住所 (千 -)	名前	電話 () 大・昭・平	年 月 日生
ふりがな	ふりがな		
1住所 (千 -)	名前	電話 () 大・昭・平	年 月 日生
ふりがな	ふりがな		
1住所 (千 -)	名前	電話 () 大・昭・平	年 月 日生
ふりがな	ふりがな		
1住所 (千 -)	名前	電話 () 大・昭・平	年 月 日生

6名以上の場合は、もう一枚の受付用紙に追加部分のみご記入下さい。

3、お札の選択

A, 5千円 木札(38cm)御守付または、錦札(25cm)御守付

B, 1万円 御札・御守2体付

※御札はご希望のサイズを選択できます。見本からお選び下さい。
(60cm錦札、48cm錦札、38cm木札、25cm錦札)