

支舎名	師範名
湘南支舎	小川実裕紀

占 観 申 込 書

申込日：平成 年 月 日

鑑定申込者名 _____

鑑 定 す る 姓 名	ふりがな	性別	続柄	鑑 定 す る 姓 名	ふりがな	性別	続柄
			男・女		本人		
		男・女				男・女	

鑑定方法をお選び下さい

(どちらかに○をお願いします)	電話鑑定	対面鑑定
-----------------	------	------

占観希望日時 日にちと時間帯 (11時～20時の間) にご記入をお願いします

希望日時1	月 日 時
希望日時2	月 日 時
希望日時3	月 日 時

ご連絡先氏名	ご連絡先住所・電話番号
	〒 () -

備考	
----	--

占聖学はお預かりした個人情報がおお客様のプライバシーに関わる重要な情報である事を認識し、適切かつ慎重に管理します。また、明示した利用目的の範囲内でのみ利用し、お客様の同意がある場合または正当な理由がある場合を除き第三者に開示また、提供しません。

占聖学 湘南支舎

電話：0467-67-8012 / FAX：0467-67-8012