

FAX NO. 075-950-1010

光雲寺 坐禅担当者殿

以下の要領で坐禅研修を申し込みます。

お名前（法人の場合は法人名と担当者名）

メールアドレス

電話番号

坐禅希望 日時 人数

年	月	日	時より	人
---	---	---	-----	---

オプション

<input type="checkbox"/> お抹茶（お菓子付）	<input type="checkbox"/> 写経体験
------------------------------------	-------------------------------

その他（ご要望事項等をご記入ください）