

クラス会等サポート事業 利用申込書

社専ソフィア会 会長殿

年 月 日

申請者 (幹事)	フリガナ 氏名	住所 〒		
	学生番号	TEL	FAX	
	フリガナ 氏名	住所 〒		
	学生番号	TEL	FAX	
目的	・クラス会 () 年入学 () 課程・科 ・同期会 第 () 期生 () 年入学) ・その他 ()			
開催(予定)日 : () 年 () 月 () 日				
「開催通知」原稿 : ・申込書に添付 ・() 月 () 日頃送付 返信葉書の同封 (あり なし)				
連絡範囲 : () 年入学 () 課程・科 その他 (同期卒で入学年の異なる会員や、専任教職員等への連絡希望がありましたら、ご記載ください)				
通信欄				

送付先：上智社会福祉専門学校ソフィア会事務局
 〒102-8554 東京都千代田区紀尾井町7-1
 FAX. 03-3238-3027

※ 事務局記入欄

受付	発送	
/	/	/