

ご祈祷お申込書

— FAX・郵送でのお申込み用紙 —

ふりがな _____

お名前 _____

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

ご住所 〒 _____

ふりがな _____

ご連絡先 TEL _____ (日中ご連絡のつく番号)

お願い事
(病名・症状)

ご祈祷の種類 ☐ 特別祈祷 ☐ 一週間 5,000円 ☐ 三週間 7,000円 ☐ 一ヶ月 10,000円
※二ヶ月、三ヶ月継続も可能です

☐ 普通祈祷 初回 3,000円 / 2回目以降 2,000円

ご祈祷希望日 年 月 日 ごろ
※ご希望に近い日でご祈祷いたします(おおよそで結構です)

授与品 ご祈祷札 ☐ 要 ☐ 不要 お守り ☐ 要 ☐ 不要

お守袋の色 ☐ 赤色 ☐ 青色 ☐ 黒銀色 ☐ オレンジ色 ☐ 水色
☐ 薄紫色 ☐ 白色 ☐ ピンク色 ☐ 黄色 ☐ 緑色
※お任せの場合は空欄で結構です

お写真 ☐ 送る ☐ 送らない

タオル等 ☐ 送る ☐ 送らない ※ご本人がお使いのタオル・肌着など

送付先 ☐ ご住所と同じ ☐ 別住所(下記にご記入ください)

お名前 _____ ご連絡先 _____

〒 _____

お申込み用紙の送り先

〒492-8214 愛知県稲沢市大塚南3-28

せんき薬師 西福院

FAX 0587-32-2537

TEL 0587-32-2531

受付 9:00~11:30 / 13:30~15:00

お申込み用紙を受信・受領後、確認のためこちらよりご連絡いたします。

ご祈祷料は、後日お送りする郵便振込書にてお納めください。

ご祈祷後、お札・お守りをお送りいたします。