

Soka Gakkai Internacional de Panamá

Solicitud para cambio de Gohonzon

Panamá, _____ de _____ de _____

Apellidos _____

Nombres _____

Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes _____ Año _____

Nacionalidad _____ Edad _____

Domicilio _____

Tel. Residencia _____ Trabajo _____ Celular _____

Área _____ Cabildo _____ Distrito _____

Fecha de Afirmación: _____

Solicito Cambio de Gohonzon _____

Observaciones:

Firma del Solicitante _____

Responsable Nacional o de Área Nombre _____

Firma