

Soka Gakkai Internacional de Panamá



Solicitud de Gohonzon Especial

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 Gohonzon Especial _____

Observaciones:

Firma del Solicitante _____

Responsable Nacional o de Área Nombre _____

Firma