

불 교 도 신 행 증

성 명	(한자:)	성별	사 진			
생년월일	. . . (음양)					
연락처	(주택)	(직장)				
주 소	(-)					
신 행 활 동 상 황						
소속사찰명				종파		
신도등록일	년	월	일			
수계년월일	년	월	일	법명	계사	
특기사항						
<p>상기인은 본 사찰의 신도임을 증명합니다.</p> <p style="margin-left: 200px;">20 년 월 일</p> <p>주 소 : _____</p> <p>사찰명 : _____</p> <p>주 지 : _____ (私印) 職印</p>						

동국대학교 의료원장 귀하