



Soka Gakkai de México, a.r.

Asturias 43 Col. Álamos, C.P. 03400, Benito Juárez,  
México, D.F. Tel. (52)55-5538-1276 Fax (52)55-5538-45-94  
www.sgmex.org.mx

# FORMATO TRANSFERENCIA

## Datos de la persona que se transfiere

Nombre(s):		Apellidos:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Miembros de la familia:			
<input type="text"/>			
División:	Cargo en la organización emisora:	Edad:	Fecha de ingreso:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Organización Emisora

## Organización receptora

Zona:	Responsable de Zona:	Zona:	Responsable de Zona:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Area:	Responsable de Área:	Area:	Responsable de Área:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Distrito:	Responsable de Distrito:	Distrito:	Responsable de Distrito:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Motivo de la transferencia:

<input type="text"/>
----------------------

## Datos domiciliarios

Domicilio anterior (calle, número, interior, colonia, delegación):	Domicilio actual (calle, número, interior, colonia, delegación):
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono anterior:	Telefono nuevo
<input type="text"/>	<input type="text"/>

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Responsable  
de Zona Emisora

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Responsable  
de Área Emisora

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Responsable  
de Distrito Emisora