公益社団法人　長崎犯罪被害者支援センター

　理事長　前　田　和　明　　様

　　　　　　　　　 学校名

　　　　　　　　　 校長名

|  |  |
| --- | --- |
| 申込年月日 | 令和　　年　　月　　日 |

**講演申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 学校所在地 | 〒 |
| 電話番号 | 　 | FAX番号 |  |
| 講演関係 | 希望日時 | 令和　年　月　日（　曜日）時　分　から　　時　分までの間 |
| 開催場所 |  |
| 連絡担当者 |  |
| 聴講者数（見込数で結構です） | 生徒　　　　　人位職員　　　　　人位保護者　　　　　人位合　計　　　　　人位 |
| 講師希望(□をｸﾘｯｸ)  | [ ] 　犯罪被害者又は家族（遺族）[ ] 　臨床心理士、大学教授等[ ]  その他（　　　　　　　　　）[ ] 　講師の選任は被害者支援センターに一任する |
| 申込方法 | 本用紙に必要事項を記入してFAXで被害者支援センターに送付をお願いします。FAX　095（820）4377 |
| 学校側の開催目的 |  |
| その他 | ◎プロジェクター等の学校備品使用可、又は不可 | [ ] 　可　　[ ] 　不可 |
| 公益社団法人　長崎犯罪被害者支援センター　（担当者　嶋田）所在地　〒850-0057　長崎市大黒町3番1号　長崎交通産業ビル４階電　話　095（820）4978　FAX　095（820）4377 |