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 | | | | | |