

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	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		
演	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	
関 係	講師希望 (<input type="checkbox"/> をクリック)	<input type="checkbox"/> 犯罪被害者又は家族(遺族) <input type="checkbox"/> 臨床心理士、大学教授等 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 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			