

令和元年度

## 犯罪被害者支援員養成講座(入門編)受講申込書

住 所	〒
ふりがな 氏 名	
年 齢 等	_____ 歳                      性別    男 ・ 女
連 絡 先	※日中、連絡が取れる番号をご記入下さい。

受講希望日に○をして下さい。

	7月21日(日) 千葉県教育会館
	7月28日(日) 千葉市生涯学習センター
	8月 4日(日) 船橋市中央公民館

※定員数に達した場合、会場を調整させていただくことがあります。ご了承お願い致します。

初級編の受講希望の有無

あ り ・ な し

※入門編終了後に変更も可能です。

受講が決定しましたら、カリキュラム等を郵送致します。

お問い合わせ先

公益社団法人千葉犯罪被害者支援センター事務局

TEL 043-225-5451

Fax 043-225-5453

E-mail chibacvs@orion.ocn.ne.jp