

平成29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<br>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ください。 |

受講希望日に○をしてください。

|  |          |             |
|--|----------|-------------|
|  | 7月23日（日） | 千葉市生涯学習センター |
|  | 7月30日（日） | 船橋市中央公民館    |
|  | 8月 6日（日） | 千葉市美浜文化ホール  |

※ 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。ご了承お願いいたします。

その他

初級編の受講希望の有無を○してください。

あり ・ なし

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