

令和3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 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。

<input type="checkbox"/>	7月 4日（日）千葉犯罪被害者支援センター
<input type="checkbox"/>	7月 11日（日）千葉犯罪被害者支援センター
<input type="checkbox"/>	7月 18日（日）千葉犯罪被害者支援センター

※ 定員数に達した場合、希望日を調整させていただくことがあります。ご了承をお願いいたします。

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

☎ 043-225-5451

fax 043-225-5453

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