

# 令和4年度 犯罪被害者支援員養成講座（入門編）

## 受講申込書

住所	〒 _____ ※ 受講が決まりましたら、カリキュラム等を郵送します。						
(ふりがな) 氏名	( _____ )						
年齢・性別	_____歳 男・女						
連絡先	_____ - _____ ※ 日中連絡が取れる番号をご記入願います。						
受講希望日	※ ご希望の日に○をご記入願います。 ※ 定員に達した場合、日にちや会場を調整させていただくことがあります。 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">□</td> <td>7月17日（日）船橋市中央公民館</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□</td> <td>7月24日（日）千葉県教育会館（千葉市中央区）</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□</td> <td>7月31日（日）千葉県教育会館（千葉市中央区）</td> </tr> </table>	□	7月17日（日）船橋市中央公民館	□	7月24日（日）千葉県教育会館（千葉市中央区）	□	7月31日（日）千葉県教育会館（千葉市中央区）
□	7月17日（日）船橋市中央公民館						
□	7月24日（日）千葉県教育会館（千葉市中央区）						
□	7月31日（日）千葉県教育会館（千葉市中央区）						
初級編の 受講希望	希望する ・ 希望しない ※ いずれかに○をご記入願います。 ※ 入門編修了後に変更することもできます。						

### 【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

メール chibacvs@orion.ocn.ne.jp