**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。 | | | | |
|  |  | 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） | |  |
|  | | | | |
| **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