**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