

令和 年 月 日

支援活動員養成講座受講申込書

公益社団法人 やまがた被害者支援センター理事長 殿

ふりがな 氏 名	年齢(歳) 性別 (男・女) 生年月日 年 月 日
住 所 〒 電話番号(ー ー) e-mail :	
職 業	
簡単な略歴(ボランティア歴も含む)	
活動可能な時間について (実際にボランティア活動をすることができるというのが、養成講座受講の条件になっております。養成講座を修了し、支援活動員に認定された時にどの程度の活動時間を提供していただけるかをお書きください。)	

裏 面

氏 名 ()

受講希望の動機をお書きください。

被害者支援について思っていることをお書き下さい。

*ご記入いただいた個人情報は、研修目的以外に使用することはありません。