

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) 生年月日	性別 (男・女) 年 月 日
住所	〒	
電話番号(ーーーーー)		
e-mail :		
職業		
簡単な略歴(ボランティア歴も含む)		

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。