

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)	

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。