

様式 1

「語り継ぐ被爆体験（家族・交流証言）」支援申込書

年 月 日

（あて先）（公財）長崎平和推進協会 理事長

申込者（講話活動実施者）	
ふりがな	
氏 名	(男・女)
生年月日	昭和・平成 年 月 日
住 所	〒
電話番号（自宅）	
電話番号（携帯電話）	
FAX 番号	
メールアドレス	
勤務先・学校名	
申込理由	
保護者の署名・続柄・印 （18歳未満のかた）	() 印

（裏面もあります）

被爆された方（対象者がいる場合のみ）	
ふりがな	
氏 名	（男・女）
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
申込者との続柄 （関係、交流履歴等でも可）	
住 所	〒
電話番号	
FAX 番号	
被爆時年齢／当時の職業	歳 /
被爆地（町名等）	

希望する支援内容（○をつけてください：複数可）

<input type="checkbox"/>	被爆証言の記録・保存
<input type="checkbox"/>	家族・交流証言講話用原稿、資料等の作成
<input type="checkbox"/>	原爆についての基礎知識の学習（原爆資料館見学、被爆地確認・調査等）
<input type="checkbox"/>	パソコン操作研修
<input type="checkbox"/>	話し方研修
<input type="checkbox"/>	家族・交流証言講話の実習
<input type="checkbox"/>	家族・交流証言講演機会の紹介
<input type="checkbox"/>	その他 （ ）