

「語り継ぐ被爆体験（家族・交流証言）」推進事業 **支援申込書（託したいかた）**

年 月 日

【宛先】（公財）長崎平和推進協会 理事長

申込者情報（被爆体験を託したいかた）	
ふりがな	
氏名	
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日
住所	〒
電話番号 （自宅）	
電話番号 （携帯電話）	
FAX 番号	
Mail	
被爆時年齢・職業 （昭和 20 年 8 月 9 日時点）	当時 歳
被爆した距離・場所 （町名など）	爆心地から km
被爆体験をまとめた ものはありますか？	ある（ ） ない
ご家族に語り継いで ほしいですか？	はい（誰に： ） いいえ
その他 ご要望等あれば ご自由にどうぞ	