

「語り継ぐ被爆体験（家族・交流証言）」推進事業 **支援申込書（受け継ぐかた）**

年 月 日

【宛先】（公財）長崎平和推進協会 理事長

申込者情報（被爆体験を受け継ぎたいかた）	
ふりがな	
氏名	
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	
Mail	
勤務先 学校名・学年	
申込理由	
保護者署名 捺印・続柄 （18 歳未満の場合）	印 （続柄： ）

裏面もご記入ください

受け継ぎたい被爆者について（確認）**受け継ぎたい被爆者が** ☐ **いる** ☐ **いない**

(いない方は「希望する支援内容」へ)

受け継ぎたい被爆者情報（いる と回答された方のみご記入ください）

ふりがな	
氏名	
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日
申込者との続柄 (関係・交流履歴など)	
住所	〒
電話番号 (自宅)	
FAX 番号	
被爆した場所 (距離・町名など)	

希望する支援内容（希望する内容すべてに ○ をご記入ください）

	被爆証言の記録・保存
	家族・交流証言講話用の原稿・資料等の作成
	原爆についての基礎知識の学習
	パソコン操作研修
	話し方研修（グループ） ※審査会前に個人別での受講は必須です
	その他（希望する内容をご記入ください）