

〒852-8115 長崎市岡町8-20

電話095-844-0958 FAX095-847-9135



一般財団法人長崎原爆被災者協議会 被爆体験講話申込書／決定通知書  
(平和祈念像横)

申込年月日 201 年 月 日

実施日	201 年 月 日 曜日				
使用会場と希望時間をお知らせください。(○印)					
希望時間	講 堂 200名	地下会議室 70名	希望時間	2階会議室 100名	その他の会場 希望時間 ( ~ )
9:30~10:30			10:30~11:30		
11:00~12:00			12:00~13:00		
12:30~13:30			13:30~14:30		
14:00~15:00			15:00~16:00		
15:30~16:30					
生徒数	名			引率者数	名
ふりがな				学校長名(代表者名)	公印
学 校 (団体名)					
代表校					
所在地	〒 -				
学 校 (団 体) 連絡先	電 話	( ) -			
	F A X	( ) -			
	担当者名		担当電話番号		
特記事項:連絡事項					
旅行代理店名				担当者名	
電話番号			FAX番号		

※この申込書は実施1ヶ月前までに提出をお願いします。

※学校長（代表者）の公印の押印されたこの文章到着時が正式申込みです。

講師名	

予約連絡	到着確認	決定通知
/	/	/