

〒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			
時間	時 分 ~ 時 分			
使用会場 会館内 (使用○)	講 堂	2階会議室	地下会議室	その他の会場
	200名	100名	70名	
	( )	( )	( )	
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
/	/	/