

〒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 202 年 月 日

実施日	202 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 60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	
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
	/	/	/



一般財団法人長崎原爆被災者協議会
被爆体験講話 **オンライン** 申込書 / 決定通知書

申込年月日 年 月 日

ふりがな 学校名 (団体名)			公印
学校長名 (代表者名)			
所在地	〒 -	担当者名	
連絡先	電話 () -	FAX () -	
	E-mail:		

実施日	年 月 日 ()	希望時間	~
-----	-----------	------	---

参加人数(総数)	名	インターネット 利用回線	1. ADSL 3. 光ファイバー 2. CATV 4. その他()
----------	---	-----------------	--

備考	
----	--

旅行会社・ 代理店名		担当者名	
連絡先	電話	FAX	
	E-mail		

講師名	
-----	--

仮申込着	打合日	本申込着	決定通知