被

「語り継ぐ被爆体験（家族・交流証言）」支援申込書

～被爆体験を託したいかた用～

平成　　年　　月　　日

（あて先）長崎市長

|  |
| --- |
| 申込者 |
| ふりがな |  |
| 氏　名 | （男・女） |
| 生年月日　　　　　　　　 | 大正・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 |  |
| メールアドレス |  |
| 当時の年齢／職業（昭和20年8月9日時点） | 　　　　歳　　／ |
| 被爆地（町名等） |  |
| ご自身の被爆体験をまとめたものはありますか。 | ある【書籍・映像・音声・メモ紙・（　　　　）】 ・ ない |
| ご家族に語り継いでほしいと思いますか。 | はい（誰に？　　　　　　　　　）　・　いいえ |
| その他（要望等あれば）※すべてのご要望にお応えできるとは限りません。 |  |