

聞き取りによる被爆体験執筆／被爆体験証言映像 申込用紙

※上記いずれかに○を付けてください。

記入日

年

月

日

ふりがな 氏 名	生年月日（ 歳） 1.明治 2.大正 3.昭和 4.その他 年 月 日	男・女
現住所・連絡先 〒		
電話（ ） -	ファックス（ ） -	
電子メール		
被爆当時の職業・学年・年齢等（できれば具体的な勤務先・学校名等も記入してください）		
被爆地（該当するものに○をしてください） ①広島 ②長崎 ③広島・長崎両市で被爆		
被爆区分（該当するものに○をしてください） ①直爆（原爆が投下された際、被爆地にて直接被爆した方） ②入市（原爆投下後2週間以内に被爆地に入り被爆した方） ③救護・看護（①②以外で被爆者の救護活動等で、身体に放射能の影響を受けるような状態にあった方） ④その他		
聞き取り又は撮影を希望する場所（該当するものに○をしてください） ①現住所 ②原爆死没者追悼平和祈念館 ③その他（ ）		
体験記又は証言映像で伝えたいこと、応募の動機		

※提出された書類は返却いたしません。

また、書類に記載された個人情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律を遵守し、被爆体験記執筆補助業務又は被爆者証言映像製作業務及びこれに付随する事務連絡のみに使用し、ご本人の同意なく第三者に提供しません。