地域人権懇談会（ＤＶＤ上映等）申込書

年　 月　 日

（宛先）人権・同和対策室 行

FAX　　 (025)520-5853

E-mail　 jdtaisaku@city.joetsu.lg.jp

申込者 団体・グループ等の名称：

　代表者氏名：

　　住　　　所： 上越市

　連絡先電話： 　　 　- 　　 　-

次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 上映を希望するＤＶＤの番号を記入してください | | ＤＶＤの番号 |  |
| 開催希望日時 | 第１希望 | 年 月 日( ) 時 分～ 時 分 | |
| 第２希望 | 年 月 日( ) 時 分～ 時 分 | |
| 参加予定者数  (概ね 10 人以上でお願いします｡) | |  | |
| 開 催 場 所  （上越市内に限る） | | 会 場： | |
| 所在地：上越市 | |
| 備 考 | |  | |