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  |   |