

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

電 話 025-520-5683

F A X 025-526-8363

メール 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：担当者氏名 _____

電 話 番 号： _____

次のとおり申し込みます。

		番 号	テ ー マ
上映を希望するDVDの 番号を記入してください			
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		人	
開 催 場 所 (上越市内に限る)		会場（部屋名まで）	
		所在地 上越市	
備 考			

※日程によっては、希望が叶わない場合がありますのでご了承ください。