

移動隣保館開催依頼書

申請日 年 月 日

大田市人権推進課長
大田市人権センター長 様

申請者 名称
住所
代表者名
TEL
FAX

区 分	内 容
実施日時	年 月 日() : ~ :
会 場	所在地 会場名 TEL FAX E-mail
担 当 者 名	
研修名・目的	
講 師 名	
内 容	
参加対象者(人数)	
連 絡 先 (申込先)	〒694-0064 島根県大田市大田町大田口1329番地8 大田市人権センター センター長 飯田 徹 電話:0854-82-0016 FAX:0854-83-8206 E-mail: so-rinpo@city.oda.lg.jp
備 考	

(付記)研修日程(計画書)があれば、添付してください。