

T G K 4 8 イベント等出演依頼書

年 月 日

多治見市保健センター 宛

依頼者 団体名

代表者

住 所

電話番号

イベント名	
日 時	年 月 日 () 出演時間 時 分 ~ 時 分
会 場	会場名 (所在地 : 市) 屋内 ・ 屋外 ※屋外の場合 雨天中止 ・ 雨天決行
イベント参加者 予 定 人 数	約 名 (参加者の年代 歳 ~ 歳) (男性 名 女性 名)
出演希望人数	15 人程度 ・ 30 人程度 ・ 45 人程度
担当者連絡先	担当者名 電話番号
連絡事項	駐車場の有無 : なし ・ あり (台分)

保健センター收受日	T G K 4 8 連絡日	出演の可否	移動手段
/	/	可 ・ 否	
その他			