

(別添)

【送信先 FAX 番号： 0 7 8 － 3 6 2 － 9 0 4 0】

第 1 回ひょうご障害者芸術文化活動支援センター
あり方検討会 取材申込書

報 道 機 関 名

申 込 者 名

連 絡 先 電 話 番 号

当日連絡先電話番号

○取材予定者

支 局 等 名	所 属 名	職 名	氏 名
1			
2			
3			
4			
5			

＜第 1 回ひょうご障害者芸術文化活動支援センターあり方検討会＞

実施日時 9 月 1 日（月）14 時 00 分～16 時 00 分
場 所 神戸市教育会館 201

- ※ 参加希望者は 9 月 1 日（月）午前 1 1 時までにご連絡ください。
※ 当日は開始時間までに会場入口付近にお集まりください。
（受付職員に名刺をご提示願います）

○連絡事項