

推薦意向調査票

都道府県： _____
 担当課名： _____
 担当職員名： _____
 TEL： _____ FAX： _____
 E-mail： _____

「第34回国民文化祭・にいがた2019、第19回全国障害者芸術・文化祭にいがた大会」への出演団体（者）推薦意向について、必要事項を記入してください。

事業名	推薦を予定されている団体（者）の状況		備考
	団体(者)名 / (所属団体)	参加者数	

- ※1 複数の団体を推薦していただいても構いません。
- ※2 推薦団体・応募団体がない場合は、提出の必要はありません。