

第 年 月 号
日

出張展示・サテライト地震防災センター実施報告書

静岡県危機情報課長 様

住所
名称
代表者職・氏名

年 月 日付けで決定された出張展示・サテライト地震防災センターが終了したので、
下記のとおり報告します。

記

名 称	
実 施 日 時	
実 施 場 所	
内 容	
来 場 者 数	
評 価	

※チラシなど概要が分かる資料があれば添付