

新潟県障害者交流センター
交流ホール作品展示申込書

ひらがな	
名前 (団体名)	
作品	<input type="checkbox"/> にチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 絵画 点 <input type="checkbox"/> 写真 点 <input type="checkbox"/> 書道 点 <input type="checkbox"/> その他(点 合計 点
住所	〒 ー
連絡先	TEL FAX
展示期間 (1か月)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (作品搬入日時 月 日 時頃) <u>受付者:</u> (作品受取日時 月 日 時頃) <u>返却確認者:</u>
備考	

ご記入いただいた個人情報は、目的以外での利用は致しません。

係	受付印