

第 29 回岩手県障がい者文化芸術祭応募作品展 申込用紙

【申込先】 岩手県社会福祉事業団 金野 行
FAX 019-681-2514

作品申込欄

令和 3 年 月 日 (申込締切 令和 3 年 11 月 1 日)

住 所	〒 団体・所属先()		
TEL		FAX	
ふりがな			
氏 名			
ニックネーム・筆名 ※ある方のみ			
障がい区分	該当する箇所に○をしてください。 1 身体 2 知的 3 精神 4 聴覚 5 難病 6 その他()		
部 門	応募する部門に○をしてください。 1 絵画 2 書道 3 写真 4 工芸 5 文芸		
題 名			
作品の大きさ	(たて)	cm×(よこ)	cm×(たかさ) cm
作品画像 使用許諾	本事業の報告書、広報物、ホームページへ作品画像を使用することについて 許諾します ・ 承諾しません ※どちらかに○をつけてください。		
展示時の氏名等 の公表について	公表してもよい項目にのみ、チェック <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> ニックネーム <input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 作品名 記入例) ニックネーム、所属先のみを公表したい場合 <input type="checkbox"/> 氏名 <input checked="" type="checkbox"/> ニックネーム <input checked="" type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 作品名		
作品搬入時間	作品搬入日(11/8)の会場への搬入時間について、該当する時間に○をしてください。 1 9:30~10:00 2 10:00~10:30 3 10:30~11:00 4 11:00~11:30 5 11:30~11:45 6 配達(11/8 午前中)		

作品返却について ※必ずご記入ください。

該当する方に○または記載して下さい ⇒ 1. 会場での返却希望(11/29) 2. 配送希望(着払、11/29 以降発送予定)	
1.を希望された方について、作品返却日(11/29)の会場での作品受取の時間に○をしてください。 1 10:30~11:00 2 11:00~11:30 3 11:30~12:00 4 13:30~14:00 5 14:00~14:30 6 14:30~15:00	
※以下については上記住所・連絡先と返却先住所・連絡先が異なる場合のみ記入してください。	
返却先 住 所	〒
返却先 氏 名	
返却連絡先(電話又は FAX)	