

受付番号

4月申込(7-9月展示/10-12月展示)

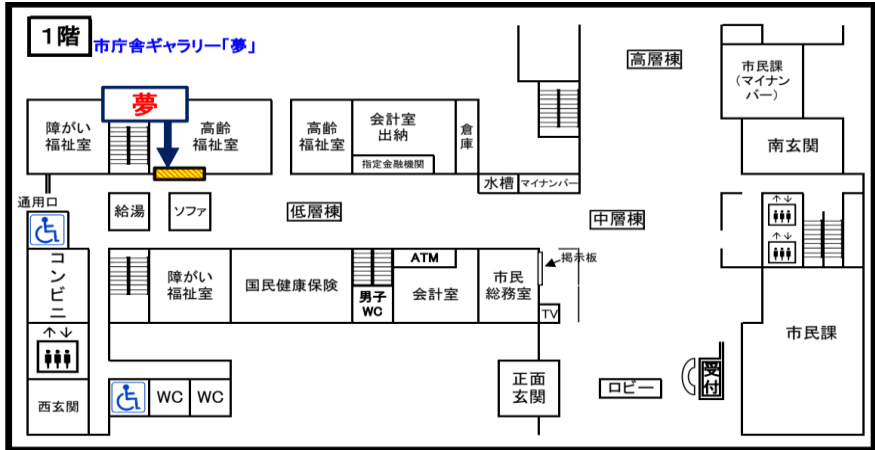
## 市庁舎ギャラリー(夢)申込書

令和 年 月 日

ふりがな		
氏名		
個人・団体	名称	
展示作品(部門)	<input type="checkbox"/> 絵画 <input type="checkbox"/> 書 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> その他( )	
住所	〒	
電話番号		
メールアドレス		

\*在勤・在学の条件で応募される場合は、勤務先・学校の名称、住所、電話番号もあわせてご記入ください。

勤務先・学校の名		
住所	〒 吹田市	
ろびいギャラリーの使用について	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 以前に使用あり(平成・令和 年 月 日)	

展示場所	
------	--

希望の展示月	ご希望の展示月に☑を入れてください(申込多数の場合抽選します。)			
	<input type="checkbox"/>	7月～9月展示	<input type="checkbox"/>	10月～12月展示
	<input type="checkbox"/>	どちらでもよい		

「市庁舎ギャラリー(夢)展示に関する注意書」(別紙)を読んで、内容を理解し、同意します。

チェック欄

(チェック欄にレ点を入れてください)