

# 令和6年度 成田ココロつながる作品展 申込書

令和 年 月 日

成田市精神保健福祉推進協議会 会長 宛

令和6年度 成田ココロつながる作品展への出展を申し込みます。

機関名			
住所			
連絡先	TEL	FAX	
E-mail			
担当者	(ふりがな)		

出展作品数

出品人数	
	人

作品数

作品数	
	点

搬入可能日程

(○をつけてください)

12月3日 火曜日

9:00-12:00	
13:00-15:00	
15:00-17:00	

12月4日 水曜日

9:00-12:00	
------------	--

受付スタッフ協力可能日程 (○をつけてください)

午前：9:45-13:00

午後…13:00-16:15

日	曜日	午前	午後
12月5日	木		
12月6日	金		
12月7日	土		
12月8日	日		
12月9日	月	休館日	休館日
12月10日	火		
12月11日	水		
12月12日	木		
12月13日	金		12時終了

受付スタッフの  
派遣は難しい

--	--