

出 品 票

ふりがな 担当者氏名	
所属機関名	
所属機関 住所	〒
所属機関 連絡先	TEL FAX
所属機関 E-mail	

出展者名	※出品者名は作品とともに掲示予定です。芸名やペンネームでも可。名前を出したくない場合は無記名可。
タイトル	※掲示予定です。
作品へのコメント 来場者へのメッセージ ※自由にお書きください	※掲示予定です。100字以内でご記載ください。
内 容	※絵画、写真、書道など、出展内容をご記入ください (壁掛け型 or 置き型) (○をつけてください) (額装あり or 額装なし) (○をつけてください)
形 状	縦×横×高さ (大体で結構です) 縦 cm × 横 cm × 高さ cm
材質	画用紙、コピー用紙、布、粘土等、材質をご記入ください

申込期間：令和6年8月1日（木）～10月31日（木）

<p>【お問い合わせ先】 成田市精神保健福祉推進協議会 事務局：成田市福祉部障がい者福祉課心の健康支援係 〒286-8585 千葉県成田市花崎町760番地（市役所議会棟1階） 電話番号：0476-20-1539 ファクス番号：0476-24-2367 メールアドレス：shofuku@city.narita.chiba.jp</p>	<p>※受付番号</p>	<p>(事務局使用覧)</p>
--	--------------	-----------------