

山形市立病院済生館 ホスピタルアート 展示申込書

申込日:令和 年 月 日

住 所	〒 -		
氏名(代表者名)		電話番号	
団 体 名			
展 示 希 望 日	令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()		
作品の種類・点数	種類: 点数:		
備 考			
☐ ホスピタルアート募集要項を確認し、内容に同意する			

<事務使用欄>

展 示 期 間	
搬 入 日 時	
搬 出 日 時	
展 示 場 所	☐1 階展示スペース (点) ☐2階アートギャラリースペース(点) ☐ (点) ☐ (点)
備 考	