

平成30年度栃木県障害者文化祭 参加申込書

宇都宮市 保健福祉部 障がい福祉課 自立支援グループ 松村宛て
 FAX：028-636-0398 【提出期限：平成30年7月31日（火）】
 FAX送付後、電話連絡をお願いします。（TEL：028-632-2228：担当 松村）

I 申込者情報 ※この太枠内への記入は不要です。

〔市町名〕 宇都宮市	〔市町所在地〕 〒 -
〔担当部署名〕	〔電話番号〕
〔担当者氏名〕	〔FAX番号〕

II 参加希望イベント

【参加を希望するイベント番号に○を付け、必要事項を記入してください】

注) いずれのイベントも、申込者多数の場合は抽選となる場合がありますので予め御了承ください。

注) 「参加者連絡先」は郵便番号、住所、**当日連絡可能な電話番号**を記載してください。

1 作品展示

(1) 出展希望者数 _____ 人

(2) 出展予定作品数 _____ 作品

▶1/2のスペースで展示可能です【 】 ▶机を使用しません【 】 ※該当の場合○を記入

(3) 出展日時目安 1日(木) 午後 時 分 ~ 時 分

2 芸能発表

(1) 参加者氏名（グループの場合は代表者名） _____

(2) 参加者連絡先 _____
 〒 _____
 TEL _____ ※ 当日連絡可能な電話番号を記載

(3) 出演希望時間帯（いずれかに○） ※発表時間の指定は出来ません。

第1希望（ 2日(金)午前 2日(金)午後 いずれでもよい）

(4) 発表に要する時間 _____分間

(5) 出演部門(いずれかに○) 音楽 ダンス カラオケ その他（ ）

(6) 控室の利用希望（いずれかに○） 利用する 利用しない

※控室の利用は演目開始前後30分を目安とし、継続して荷物を置くことはできません。

※ カラオケ大会参加者は下記に詳細を記入してください。

(1)	(ふりがな) 参加者氏名		
(2)	参加者 連絡先	〒 -	〒 -
		TEL	TEL
(3)	曲名		
(4)	歌手名		

注) 参加希望者が3名以上いる場合は、別に出演申込者一覧を作成の上、合わせて送付してください。