

【FAX送信表】 FAX(072)243-0330 ※添書なしでそのままお送りください。

【メール】simin-kouryuu@sakai-kfp.info

堺市立健康福祉プラザ 市民交流センター プラザアートコラボレーション担当者 宛

令和6年(2024年度) プラザアートコラボレーション
「芸術家とアートに触れ合おう」事業 実施申込用紙

記入日:令和 年 月 日

ふりがな											
法人名・団体名・学校名											
法人・団体・学校 所在地	〒	ふりがな									
		代表者名									
		ふりがな									
希望会場名		担当者名									
希望会場 所在地	〒	TEL									
		FAX									
参加者数		人		メール							
実施に向けて	実施希望日時 ※2月下旬～3月頃 ※平日9時～17時	第1希望	令和	年	月	日()	時間	:	～	:	
		第2希望	令和	年	月	日()	時間	:	～	:	
		第3希望	令和	年	月	日()	時間	:	～	:	
	参加者詳細	障害内容 ※該当に○をつけてください		身体 知的 精神 その他()							
		年齢		平均		歳		※学生の場合		年生	
	現地視察 希望日時 ※2月中下旬	第1希望	令和	年	月	日()	時間	:	～	:	
		第2希望	令和	年	月	日()	時間	:	～	:	
		第3希望	令和	年	月	日()	時間	:	～	:	
	事業希望理由		※実施を希望される目的、重視したい点を下記にお書きください								