市民ギャラリー応募票

受付番号 （病院記入欄）

応　募　日	年　月　日
応募者氏名	
住　所	〒
職業または職種	
TEL	（　）　－
FAX	（　）　－
展示作品の種類	□絵画　□写真　その他（　）
展示希望作品数	点
展示希望期間	年　月　日～　年　月　日（　日間）
備　考	（展示に際してのご要望等あればご記入下さい。）

（作品リスト）

※作品を確実に返却できるよう、必ずご記入をお願いいたします。

独立行政法人国立病院機構
都城医療センター