

佐久総合病院地域文化ふれあい委員会

ふれあいギャラリー展示申込書

年 月 日

作者・団体名	
代表者氏名	
連絡先	住所 〒 — 電話番号 () * 佐久総合病院SNSでの展示風景写真による紹介 (可・不可) * 観覧者から問合せがあった場合の連絡先の公表 (可・不可)
展示タイトル	
内容 (作品の内容、大きさ、個人団体の活動状況など、可能な範囲で記入してください)	
展示希望場所	佐久総合病院本院 ・ 佐久医療センター ・ どちらでも いずれかに○してください
その他	「ふれあいギャラリーの目的と取り決めごと」に 同意する ・ 同意しない

受付日		受付者	
決定日時	年 月 日	～	月 日
備考			

申し込み先: 組合事務室 (Tel & Fax 0267-82-3620・内線3276)