

島根県立中央病院ギャラリー利用申請書

令和 年 月 日

島根県立中央病院 広報室 行

申込者住所：〒

団体名：

氏名(代表者氏名)：

電話番号・FAX：

メール：

島根県立中央病院ギャラリーを利用したいので、以下のとおり申請します。

※承認番号	
利用期間	令和 年 月 日 午後から 令和 年 月 日 午後まで
作品展名	
展示内容	代表的な作品の写真の添付をお願いします。
連絡先 (注) 2	住所：〒 氏名： TEL： FAX： メール：
※利用条件	

(注)

1. ※欄は記入しないでください。
2. 申請者と承認書送付先が異なる場合に記入ください。