

# 福祉展 出展申込書

施設団体名	担当者氏名
-------	-------

第一希望日	
第二希望日	

整理番号	作品名	点数	出展者名	障害区分	障害程度	備考

(注) 用紙が足りない場合は、コピーしてください。

9月3日(日)までに申し込んでください。(FAX可) 017-738-0745