**令和７年度戸田市障がい者アート展　応募用紙**

**※太枠内をご記入ください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **応　募　者** | **氏　名****(フルネーム)** | **ふりがな**  | **年　齢** | **歳** |
|  |
| **連絡先****(個人で****申し込みの場合)** | **〒** 受付No. |
| **電話番号** |  | **FAX番号** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **連絡先****(施設・****学校等でとりまとめて申し込む場合)** | **施設・学校等名称****(担当者氏名：　　　　　　　　　　)** |
| **連絡先〒** |
| **電話番号** |  | **FAX番号** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **応　募　作　品** | **作品部門****(該当に○印)** | **絵　　・　　書　　・　　陶芸　　・　　折り紙作品　　・　　ねんど作品****編み物など手芸作品　　・　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **作品題名** |  |
| **作品の****大きさ** | **平面作品****※絵など** | **たて（　　　　cm）　×　よこ（　　　　cm）** |
| **書** | **たて（　　　　cm）　×　よこ（　　　　cm）** |
| **立体作品** | **たて（　　　　cm）×よこ（　　　　cm）×高さ（　　　　cm）** |
| **□ 上記のとおり実施要領を了承の上、申し込みます。****□ 作品の展示場所については、当市に一任することに同意します。** |

**応募期間：10月27日(月)から10月31日(金)まで　（郵送・ＦＡＸ・電子メール可）**

**＜出展申込み先＞　戸田市　健康福祉部　障害福祉課**

**〒335-8588戸田市上戸田1丁目18番1号**

**電話：048-424-9566　FAX：048-444-5588**

**電子メール：syogaifuku@city.toda.saitama.jp**